

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

TESE DE DOUTORADO

TRANSFERÊNCIA E ESPAÇO POTENCIAL:
A RELAÇÃO ANALÍTICA COM CRIANÇAS EM ESTADOS AUTÍSTICOS E PSICÓTICOS

LÍVIA MILHOMEM JANUÁRIO

BRASÍLIA, 2012

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

TESE DE DOUTORADO

TRANSFERÊNCIA E ESPAÇO POTENCIAL:
A RELAÇÃO ANALÍTICA COM CRIANÇAS EM ESTADOS AUTÍSTICOS E PSICÓTICOS

LÍVIA MILHOMEM JANUÁRIO

Trabalho submetido ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a defesa de tese de doutorado em Psicologia Clínica e Cultura, sob a orientação do professor Dr. Ileno Izídio da Costa e co-orientação da professora Dra. Maria Izabel Tafuri.

Brasília, 27 de julho de 2012

A Banca Examinadora desta tese de doutorado teve a seguinte composição:

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Universidade de Brasília – UnB
Presidente da Banca

Prof. Dr. Gilberto Safra
Universidade de São Paulo – USP
Membro Externo

Profa. Dra. Tania Maria José Aiello Vaisberg
Universidade de São Paulo – USP
Membro Externo

Profa. Dra. Maria Cicília de Carvalho Ribas
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE
Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem - CPPL
Membro Externo

Profa. Dra. Deise Matos do Amparo
Universidade de Brasília – UnB
Membro Interno

Profa. Dra. Dione de Medeiros Lula Zavaroni
Universidade de Brasília – UnB
Membro Suplente

Brasília, 27 de julho de 2012

Aos pacientes que me levaram a questionar e a ter prazer com a busca.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em especial, aos meus pais, Iolanda Milhomem e José Januário, pelo amor, pelo carinho e pelo valor à educação. Ao meu pai agradeço por me mostrar que sempre vale a pena construir, mesmo que seja uma nova casa aos 70. A minha mãe pela presença constante.

Aos meus irmãos, Lília e Adolpho, companheiros eternos, por nossa infância juntos;

Ao meu marido Kessary Iwanow, pelo amor, pelo respeito e pelo incentivo. Agradeço também pela tolerância as horas roubadas ao nosso casamento para me dedicar a essa tese;

À Jaqueline pelo carinho e mimos mesmo à distância.

À Victoria Iwanow, pelos ensinamentos sobre o processo de escrita e pelo carinho com que acompanhou o desenvolvimento deste trabalho e dos estudos desde o período do mestrado; obrigada também pela revisão deste texto para as novas regras ortográficas;

À professora Dra. Maria Izabel Tafuri, a quem admiro, por dar origem a esse percurso, por todo acolhimento, confiança e incentivo, pelas preciosas supervisões clínicas, pela orientação e por zelar pela continuidade dos processos desencadeados na graduação, no mestrado e na elaboração desta tese;

Ao professor Dr. Ileno Izídio da Costa, presente em minha formação desde a graduação, pela confiança em me aceitar como sua orientanda;

À Maria Luiza e Megan Virtue pela escuta, pelo acolhimento e pela experiência de análise;

Às coordenadoras do Curso de Observação de Bebês da Sociedade de Psicanálise de Brasília, Maria Silvia Valladares e Maria de Lourdes Zilli, pela forma como organizaram o curso e pelas discussões sobre o desenvolvimento infantil e sobre a relação mãe e bebê;

Às coordenadoras do grupo de pesquisa com crianças autistas, psicóticas e limítrofes da Tavistock Clinic, Maria Rhode e Cathy Urwin, pelo carinho com que me receberam, pelas supervisões clínicas e por disponibilizarem todos os recursos necessários para as minhas pesquisas;

Aos alunos das turmas de Psicoterapia da Criança pelo estímulo de suas perguntas e reflexões;

À Camila e ao Guilherme, por me permitirem acompanhar os desenvolvimentos do pequeno Guilherme, por me acolherem em suas intimidades e por possibilitarem a observação da relação mãe e bebê, uma experiência de grande valor clínico, acadêmico e pessoal;

Aos colegas do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise da UnB, pelas opiniões, pelos desabafos, pelas companhias nos congressos e por testemunharem meu percurso;

Aos colegas do Ambulatório Infantil e de Adolescentes da clínica Anankê, pelas discussões sobre nossas práticas clínicas e nossos desafios;

As profissionais com as quais trabalho em conjunto, obrigada pelas trocas interdisciplinares. Agradeço em especial: a Luciana Leão por me trazer o universo da fonoaudiologia e a me auxiliar na compreensão verbal e não verbal; a Mariângela pela postura sensível do processo pedagógico, por sustentar a aposta no processo de alfabetização e pelo auxílio na inclusão escolar das crianças; a Clarisse por trazer música para nossas vidas.

Aos pais de meus pequenos pacientes, pelos momentos de confiança e de desconfiança que me ajudaram a crescer. Expresso também minha gratidão aos pais que me permitiram expor os dados dos atendimentos clínicos;

Aos meus amigos, obrigada por estarem sempre por perto;

Aos professores Daniel Kupermann, Deise Amparo, Sandra Baccara e Sueli Hisada pelas leituras cuidadosas e pelas reflexões fornecidas durante o exame de qualificação do doutorado; obrigada pela troca de ideias e pelo incentivo em escrever sobre a clínica;

À CAPES, pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO

RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUÇÃO.....	1
Percurso pessoal e acadêmico	4
Objetivos	9
Problematizações e questões iniciais para construção da tese.....	10
Apresentação dos capítulos.....	11
CAPÍTULO 01 - A HISTÓRIA E A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE TRANSFERÊNCIA.....	14
A noção de transferência em Freud	14
A transferência e a clínica com crianças: um percurso por Anna Freud e Melanie Klein.....	22
A noção de transferência em Melanie Klein	33
A transferência na clínica psicanalítica com crianças em estados autísticos e psicóticos	46
CAPÍTULO 02 - A NOÇÃO DE TRANSFERÊNCIA EM WINNICOTT	51
Uma introdução ao pensamento de Winnicott	51
<i>Holding</i> , manejo (<i>handling</i>) e Interpretação	63
O modelo da “mãe suficientemente boa” como norteador da transferência.....	74
A “regressão à dependência” na transferência	79
O uso de objetos e o uso do analista.....	85
Da transferência à experiência: a relação analítica em Winnicott	92
CAPÍTULO 03 - A RELAÇÃO ANALÍTICA COMO ESPAÇO POTENCIAL	101
Os objetos e os fenômenos transicionais	101
O brincar como modelo para pensar a relação analítica	106
A relação analítica como espaço potencial	116
CAPÍTULO 04 - OS ESTADOS AUTÍSTICOS E PSICÓTICOS EM CRIANÇAS.....	127
Uma introdução aos estados autísticos e psicóticos em crianças.....	127
A relação com o desenvolvimento emocional.....	131
A influência do ambiente.....	138
CAPÍTULO 05 - CONTRIBUIÇÕES PARA A CLÍNICA PSICANALÍTICA	148
A analista-ambiente – <i>holding</i> e manejo: caso Enrique	155
O resgate da sensorialidade: caso Igor.....	167
A construção da relação analítica e do espaço potencial : casos Leonardo e José	181
A imitação enquanto recurso técnico.....	200
Outros aspectos e recursos técnicos	207
CONSIDERAÇÕES FINAIS	212
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E VIDEOGRÁFICAS	218

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é realizar um estudo teórico e clínico, tomando o conceito de transferência, a obra de Winnicott e a clínica psicanalítica com crianças em estados autísticos e psicóticos, com o intuito de compreender algumas especificidades da transferência e alguns princípios norteadores para essa clínica. Nesta tese, refleti e demonstrei que existe uma diferença na formulação da noção de transferência quando realizamos um estudo comparativo desse conceito nas obras de Freud, de Klein e de Winnicott, e, ainda, que o que difere, nessas conceituações, auxilia a compreensão e o manejo da transferência nessa clínica. Verifiquei que a noção de transferência era insuficiente para compreender os fenômenos clínicos abarcados neste estudo e passei a utilizar o conceito de relação analítica, relacionando-o às noções de transferência, de contratransferência, de experiência e de espaço potencial. Posteriormente, pensei a relação analítica como espaço potencial a partir do qual é possível acolher as experiências dos pacientes em suas dimensões constitutivas, compreendendo o encontro entre analista e analisando como uma possibilidade de constituição psíquica e de retomada do desenvolvimento emocional. Assim, entendi a relação analítica como algo que transcende à reedição de vivências, proporcionando a instauração de experiências novas que favoreçam a constituição do sujeito e da realidade externa. Nesta tese, em vez de pensar na interpretação da relação analítica, coloquei a ênfase na própria relação. A partir da constatação de que a relação analítica com essas crianças não é algo dado, mas uma relação a ser construída, a tese do trabalho é a de que a relação analítica com essas crianças pode ser estabelecida por outros meios que não a interpretação, como o *holding*, o manejo, os vínculos sensoriais não verbais, o brincar e a imitação. O trabalho foi organizado em cinco capítulos, além da introdução e das considerações finais. O último capítulo contém reflexões clínicas e técnicas, além do relato e da discussão de quatro casos clínicos. Nesse capítulo, trago a imitação enquanto recurso técnico e outros aspectos técnicos como: o uso da contratransferência, a abertura e a disponibilidade emocional do analista, a encenação, a personificação, a reclamação, a linguagem diferenciada, a sustentação do enquadre e o uso da interpretação, dentre outros.

Palavras chaves: transferência, Winnicott, espaço potencial, psicanálise com crianças, autismo, psicose.

ABSTRACT

The objective of this study is to perform a theoretical and clinical study, taking the transference concept, the work of Winnicott and the psychoanalysis with children in autistic and psychotic states, in order to understand some peculiarities of the transference and some guiding principles for this clinic. In this thesis, I reflected and demonstrated that there is a difference between the transference notion when we perform a comparative study of this concept in the works of Freud, Klein and Winnicott, and also that the distinctive traits of these conceptualizations help to understand and to manage the transference in this clinic. I realized that the transference notion was insufficient to understand the clinical phenomena covered in this study, so I started to use the concept of analytic relationship related to the notions of transference, counter transference, experience and potential space. Later, I thought the analytic relationship as a potential space, where the patient's experiences are welcome in their constitutive dimensions, understanding the bond between analyst and patient as a possibility of psychic constitution and of resuming emotional development. So I understand the analytic relationship as something that transcends the reissue of experiences, providing the establishment of new experiences, encouraging the constitution of the self and of the external reality. In this thesis, instead of thinking in the interpretation of the analytic relationship, I put the emphasis on the relationship itself. From the fact that the analytic relationship with these children is not something given, but a relationship to be built, this paper's thesis is that the analytic relationship with these children may be established by other means besides the interpretation such as holding, handling, nonverbal sensory links, play and imitation. The work was organized into five chapters, plus the introduction and closing remarks. The final chapter contains clinical and technical reflections, and also the discussion of four clinical cases. In this chapter, I bring the imitation as a technical resource and other technical aspects such as: the use of counter transference, the analyst openness and emotional availability, the enactment, the personification, the reclamation, the distinctive language, the setting maintenance and the use of interpretation, among others.

Keywords: transference, Winnicott, potential space, psychoanalysis with children, autism, psychosis

INTRODUÇÃO

A área de interesse desta tese é a psicanálise, mais especificamente o estudo teórico do conceito de transferência na obra de Donald Winnicott, tomando como referencial clínico a psicanálise com crianças em estados autísticos e psicóticos¹. Assim, esta tese se faz pelo entrelaçamento do estudo teórico da transferência e da prática clínica com essas crianças.

Para a construção desta tese, realizei um levantamento e uma análise dos textos técnicos de Winnicott, buscando compreender a relação transferencial na clínica psicanalítica. Para alcançar essa compreensão, senti necessidade de retomar também os textos técnicos de Freud, Anna Freud e Melanie Klein, autores clássicos que forneceram as pedras fundamentais para o desenvolvimento da clínica psicanalítica com crianças e que influenciaram o pensamento de Winnicott. Além dos textos desses autores, contei com a contribuição de autores contemporâneos ingleses e brasileiros. Nessas buscas, foquei os textos relativos à transferência e à clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos.

Ao ler esses textos, procurei compreender o fenômeno transferencial na clínica psicanalítica, buscando aproximações e divergências quanto à conceituação e à abordagem desse tema nos textos de Freud, de Klein e de Winnicott. Durante o desenvolvimento do trabalho, foquei mais as diferenças entre os autores, o que gerou um estudo comparativo, conforme apresento no capítulo 02.

¹Neste trabalho, utilizo a expressão “crianças em estados autísticos e psicóticos” em vez da denominação “crianças autistas e psicóticas”. Opto pela utilização do termo “estado” no lugar da mera denominação de autismo e psicose, entendidos como síndrome e estrutura, devido aos problemas que as classificações diagnósticas e psicanalíticas carregam e também das dificuldades dos diagnósticos fechados, no caso de crianças, uma vez que ainda se encontram em desenvolvimento emocional. Além disso, a expressão “em estados” fornece uma concepção mais dinâmica do psíquico, evidenciando alguns dos fenômenos observados na clínica, conforme discuto nos capítulos 04 e 05.

Esses estudos levaram-me a algumas indagações: será que a noção de transferência é a mesma nos textos de Freud, de Klein e de Winnicott? Ao ler as obras desses autores, existia um estranhamento. Apesar de eles utilizarem o mesmo termo e, supostamente, o mesmo conceito, tive a impressão de que eles não possuíam o mesmo ponto de vista sobre a relação transferencial. Ainda me questionava sobre quais eram as implicações dessas formulações e dessas posturas para a clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos. Nesse sentido, havia uma esperança de que esse estudo me auxiliasse a compreender e a manejar melhor a relação transferencial com meus pacientes.

Sabemos que Freud (1905 [1901]) nomeou de transferência a relação entre paciente e analista. Porém, a transferência não é um fenômeno específico do processo psicanalítico, ela opera ao longo da vida, influencia as relações humanas e está presente desde o início da análise; em alguns casos, antes mesmo do começo da análise, como no caso de um sonho ocorrido antes do encontro com o analista.

A esse respeito, Laplanche (1993), acompanhando o pensamento de Freud, comenta que a novidade no processo de análise em relação à cultura não é a transferência, mas a análise da transferência. Assim, a transferência não é criada na relação analítica, mas evidenciada como os outros fenômenos inconscientes; e não é a transferência em si que define a psicanálise, mas o manejo e a interpretação da relação transferencial.

Quando refletimos sobre a própria formação do psicanalista e sobre a transmissão da psicanálise, percebemos a necessidade de o analista realizar sua análise pessoal, experimentando o processo e elaborando sua própria transferência, o que, segundo Kupermann (1995), indica que *“a transmissão do saber psicanalítico é regulada pela transferência.”* (p. 23, itálicos do autor).

Assim, observamos que a base para a transmissão da experiência psicanalítica é a relação entre analista e analisando, permeada pelas noções de transferência e de contratransferência.

Muitos estudos psicanalíticos são estruturados com base na transferência. Tanto na descrição e na discussão de um caso clínico quanto em estudos teóricos, encontramos referências ao tema, evidenciando que a transferência é um conceito teórico fundamental na psicanálise e é o que contextualiza sua prática clínica. Um dos motivos pelos quais a psicanálise se distingue de outras psicoterapias é, justamente, por considerar a análise da transferência um instrumento fundamental do processo de análise.

Apesar de existirem muitas obras que se referem ao tema em questão, acredito que o estudo da transferência como foco de pesquisa é fundamental, principalmente no que se refere aos estados autísticos e psicóticos em crianças. Na clínica, percebemos que os processos transferenciais nos remetem, constantemente, a questões que necessitam de elaborações teóricas e clínicas.

Essa temática também é ampla, o intuito desta tese é realizar um estudo do conceito de transferência em Winnicott, buscando compreender algumas especificidades da transferência nos estados autísticos e psicóticos em crianças. Para isso, tomo como referencial teórico a obra de Winnicott, fazendo um recorte e uma leitura específica do fenômeno transferencial, sabendo da existência de uma infinidade de outras possíveis leituras e recortes.

Em minhas buscas observei que muitos trabalhos relacionados à clínica com essas crianças são descritos com base no referencial teórico de outros autores como Lacan, Bion, Klein e Tustin. Poucos são os que utilizam a teoria de Winnicott para pensar essa clínica, apesar de muitos autores citarem suas contribuições e tomarem alguns de seus conceitos e ideias, como a

noção de *holding*, espaço potencial, ansiedades impensáveis, medo do colapso. Nesse sentido, acredito que este trabalho também venha a contribuir.

Percurso pessoal e acadêmico

Com o intuito de contextualizar este trabalho, relato um pouco do meu percurso até o momento de escrever esta tese. Primeiramente, cabe ressaltar que a infância foi um período muito marcante em minha vida. Nasci nos anos 80, em uma rua movimentada, cheia de crianças, onde tinha tudo que precisava: a mercearia, a farmácia e o jardim de infância. Isso me permitiu certa autonomia de ir e vir, onde o limite era dado pelas esquinas da rua; não podia passar para os quarteirões de cima ou de baixo, o que era fiscalizado por todos os vizinhos.

Sentia essa rua como uma extensão de minha própria casa, para o terror de minha mãe e das cuidadoras, cujas mudanças eram frequentes, pois eu e meus irmãos éramos “três pestes”. Com certeza, hoje teríamos sido diagnosticados como hiperativos. O importante era que lá havia espaço e companhia, uma mistura de vida e de liberdade. A riqueza e o divertimento desse “brincar compartilhado” não competia com a TV e com os jogos eletrônicos, o que interessava mesmo era brincar de bola, pique e pega, bola de gude, escolinha e faz de conta.

Esse período também foi marcado pela dificuldade de dormir, pelos medos e pelos pesadelos constantes. Hoje, percebo que busquei na psicanálise, um caminho para compreender o que se passava dentro de mim quando criança e os conflitos infantis. Anos mais tarde, ao conhecer crianças que não conseguem desfrutar desses momentos lúdicos que me foram tão caros, e ao perceber a importância disso para o desenvolvimento infantil, passo a me interessar

pelo estudo do brincar e também a pensar sobre como poderia trazer um pouco disso que vivi para essas crianças.

No que diz respeito ao percurso acadêmico, meu interesse pela psicanálise despertou em uma disciplina da graduação, quando discutíamos textos sobre observação de bebês, sobre psicanálise com crianças e sobre Winnicott. Recordo-me da surpreendente empolgação com que lia a coleção de textos dessa disciplina e de pensar, comigo mesma, que era aquilo que gostaria de estudar. Depois disso, comecei a estudar psicanálise com um interesse cada vez maior pelos textos relativos à clínica com crianças. Na verdade, foi ler Winnicott que me estimulou a ler Freud e, em seguida, Klein. Depois, vieram os outros psicanalistas, mas nenhum teve o impacto do primeiro.

Ao cursar a disciplina Psicoterapia da Criança, conheci a professora Maria Izabel Tafuri que me acolheu no grupo de pesquisa do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise da Universidade de Brasília e que me inseriu na clínica psicanalítica com crianças em estados autísticos e psicóticos. Sob sua supervisão realizei os estágios clínicos que despertaram meu interesse pela pesquisa e ainda mais pelo estudo de Winnicott.

Inicialmente, nas reuniões de pesquisa, existia um incomodo teórico e clínico, porque o que havia apreendido até então com relação à clínica psicanalítica com crianças era que o brincar e o jogo são expressões simbólicas da vida interior das crianças, sendo comparáveis às associações livres dos adultos, conforme descrito por Melanie Klein em 1926. Utilizar a técnica da interpretação do brincar tornava possível, então, a prática clínica com crianças. Baseada nisso, iniciei minha prática clínica, atendendo crianças e utilizando como ferramenta básica a interpretação do brincar, dos sonhos e da relação transferencial.

Contudo, ao atender crianças em estados autísticos e psicóticos, deparei-me com situações específicas da clínica psicanalítica. A técnica da interpretação do brincar, desenvolvida por Klein e até então utilizada por mim, estava inabilitada nessa clínica. Na relação analítica, existia uma dificuldade, a de compreender qual era o lugar que essas crianças me colocavam. Na maior parte do tempo, eu me questionava a respeito de como poderia ajudá-las, pois sentia que meu trabalho não estava tendo qualquer efeito terapêutico. Diante da impossibilidade de interpretar, de saber qual o meu lugar e de encontrar significados para as ações das crianças, encontrei-me em um estado de desamparo teórico e técnico, além do desconforto frente à minha ingênua concepção de que, se não há interpretação, não se está fazendo um trabalho psicanalítico.

As palavras de Winnicott expressavam o estado em que me encontrava, o que não era raro acontecer. Em diversos momentos, a leitura de seus textos sintetizava e representava o que eu vivenciava na clínica, permitindo-me continuar o trabalho. A passagem a seguir é, assim, um dos exemplos desses momentos:

Tive, portanto, uma experiência única – mesmo para um analista. Não tenho como deixar de sentir-me diferente de quem eu era antes de esta análise começar. Para os não-analistas será impossível conhecer a tremenda quantidade de ensinamentos que essa experiência com uma paciente é capaz de proporcionar, mas entre analistas posso esperar pela compreensão integral de que essa experiência submeteu a psicanálise a um teste todo especial, e ensinou-me muitas e muitas coisas.

O tratamento e o manejo desse caso colocaram em xeque tudo o que tenho enquanto ser humano, psicanalista e pediatra. Fui obrigado a crescer enquanto pessoa no decorrer do tratamento, de um modo doloroso que eu teria tido prazer em evitar. Particularmente, foi-me necessário aprender a examinar a minha própria técnica toda vez que surgiam dificuldades, e em todas as cerca de doze fases de resistência ocorridas ficou claro em seguida que a causa originava-se de algum fenômeno de contratransferência, tornando necessária uma auto-análise adicional do analista. (Winnicott, 1954-5, p. 376-7).

Nesse grupo de pesquisa, sob a influência da teoria winnicottiana, minhas angústias eram acolhidas. As supervisões clínicas tiveram um papel fundamental nesse processo, fornecendo-me paciência e confiança para encontrar um modo de estar com essas crianças e de auxiliá-las. Passei a adotar uma postura diferente da tradicional, em que a relação analítica é trabalhada por meio da interpretação e/ou tradução das ações de uma criança, mesmo que ela não estabeleça uma transferência de acordo com o modelo freudiano. Comecei a compartilhar da postura adotada por esse grupo, que é a de ocupar, no primeiro momento da análise, o lugar de “analista não intérprete”, em que o manejo da relação é realizado não pelas interpretações, mas pelo estar junto da criança ao modo dela (Tafuri, 2003). A partir dessa postura e do estudo teórico das obras de autores como Winnicott, foi possível começar a compreender os lugares que ocuparia na clínica com cada uma dessas crianças.

Algo que me chamava atenção nessa clínica era a especificidade da relação transferencial. Motivada pelo modo de conduzir a análise dessas crianças, e diante do número cada vez maior de pacientes que não respondem às intervenções clássicas psicanalíticas, surgiu o interesse em estudar teoricamente e em pesquisar clinicamente a transferência com essas crianças. No começo, esse tema não estava claro, mas algo se fazia constantemente presente: existia uma curiosidade em compreender a particularidade dos fenômenos transferenciais nessa clínica. Então, resolvi partir das sensações e dos sentimentos que a teoria e a clínica evocavam para iniciar uma elaboração teórica, o que deu origem ao meu trabalho de dissertação de mestrado: “A transferência na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave” (Januário, 2008).

No mestrado, comecei a estudar os textos técnicos de Freud, de Klein e de Winnicott e a refletir sobre a transferência nos estados autísticos e psicóticos em crianças. Graças a esse

estudo, pude compreender algumas das especificidades da relação transferencial nessa clínica, como a importância do *holding* e do manejo da transferência para além da interpretação. Esse trabalho realizado no mestrado serviu de alicerce para a elaboração dos capítulos 01 e 02 desta tese, aos quais foram adicionadas novas ideias que permitiram o surgimento dos outros capítulos.

Terminei o mestrado com uma sensação de incompletude: faltava algo. Decido, então, iniciar o doutorado como uma tentativa de aprofundar os estudos da teoria de Winnicott e de outros analistas ingleses. Interessada pela produção inglesa, resolvo estudar um período em Londres, buscando material bibliográfico e grupos de pesquisa.

Encontro na Sociedade Britânica de Psicanálise, os enriquecedores seminários clínicos com uma forte influência kleiniana, o que é simbolizado pela única estátua presente na biblioteca, a de Melanie Klein. Na Tavistock Clinic, o grupo de pesquisa com crianças autistas e psicóticas e os estudos sobre a relação mãe e bebê. Na Squiggle Foundation, instituição informal que se dedica ao estudo do pensamento de Winnicott, uma luz de esperança, depois da enorme frustração diante do não encontrado e da idealização de poder encontrar muitos grupos de estudo acerca da teoria winnicottiana.

Retornando dessa jornada, passo a estudar as produções contemporâneas inglesas relacionadas aos estados autísticos e psicóticos em crianças, todas com forte influência kleiniana, como a de Anne Alvarez (1992, 1999), Susan Reid (1999), Maria Rhode (1999), Margaret Rustin (1997), Kate Barrows (2008). A princípio, este trabalho estava se dirigindo nesse sentido. Contudo, ao iniciar o curso de observação de bebês na Sociedade de Psicanálise de Brasília, baseado no método de Esther Bick (1964), tive oportunidade de observar a interação de uma mãe e seu primeiro bebê. As observações da relação mãe e bebê remeteram-me vividamente a muitas

das ideias de Winnicott e fui novamente levada a buscar sua obra, assim como a de autores que se dedicam ao estudo do seu pensamento.

Dessa forma, fui desenvolvendo este trabalho, buscando o entrelaçamento da teoria de Winnicott com os estados autísticos e psicóticos em crianças e com os processos de constituição psíquica. Percebo também o entrelaçamento entre os meus percursos teórico, clínico e pessoal. Afinal, quando realizamos um estudo psicanalítico não estamos também falando de biografias e de transferências? Levando aqui em consideração que o ato de escrever é permeado e permeia a subjetividade do autor e a própria escolha do objeto de pesquisa carrega algo pessoal, um dos desafios deste trabalho é o de produzir um texto teórico e clínico que contemple as singularidades dos pacientes e da analista; o encontro entre eles e a escrita permeada pela minha subjetividade e pelas exigências de um trabalho acadêmico. Em outras palavras, procuro realizar um trabalho acadêmico em psicanálise sem perder as especificidades de um trabalho clínico.

Objetivos

O **objetivo geral** do presente trabalho é realizar um estudo teórico e clínico, tomando o conceito de transferência, a obra de Winnicott e a clínica psicanalítica com crianças em estados autísticos e psicóticos, com o intuito de compreender algumas especificidades da transferência e alguns princípios teóricos e técnicos para essa clínica.

Para alcançar esse objetivo, foi necessário retomar as obras de Freud, de Anna Freud e de Melanie Klein. O retorno a essas obras deu origem ao **primeiro objetivo específico**, que é o de estudar a história e a evolução do conceito de transferência nos textos técnicos desses três autores para, posteriormente, estudar Winnicott.

O **segundo objetivo específico** é investigar e descrever algumas contribuições da teoria e da clínica de Winnicott para a relação analítica, apontando algumas especificidades da transferência na clínica com pacientes em estados autísticos e psicóticos.

E o **terceiro objetivo específico** é discutir e elaborar algumas implicações das reflexões realizadas para a clínica psicanalítica com crianças em estados autísticos e psicóticos, trazendo alguns princípios norteadores para essa clínica.

Problematizações e questões iniciais para construção da tese

Uma questão inicial do trabalho é refletir e demonstrar que existe uma diferença na formulação da noção de transferência quando realizamos um estudo comparativo desse conceito nas obras de Freud, de Klein e de Winnicott, e, ainda, que o que difere, nessas conceituações, pode auxiliar a compreensão e o manejo da transferência na clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos.

Durante o processo de construção do trabalho, uma outra questão se impôs, trata-se da noção de experiência, formulada a partir das leituras dos textos de Winnicott e da prática clínica com crianças. Verifiquei que a noção de transferência era insuficiente para compreender os fenômenos clínicos abarcados neste estudo. Passei, então, a utilizar o conceito de relação analítica e de pensar esse conceito relacionado às noções de transferência, de contratransferência, de experiência e de espaço potencial.

Nesse momento, passei a pensar a relação analítica como espaço potencial, acolhendo as experiências do paciente em suas dimensões constitutivas, compreendendo o encontro entre analista e analisando como uma possibilidade de constituição psíquica e de criação de

possibilidades para a retomada do desenvolvimento emocional. Assim, entendo a relação analítica como algo que transcende à reedição de vivências, proporcionando a instauração de experiências novas que favoreçam a constituição do si mesmo e da realidade externa. Nesse sentido, o processo analítico é compreendido como um campo de constituição e de acontecimento.

A partir da constatação de que a relação analítica com essas crianças não é algo dado e, sim, uma relação a ser construída, a **tese do trabalho** é a de que o estabelecimento da relação analítica com essas crianças pode ser realizado por outros meios que não a interpretação, como por meio do *holding*, do manejo, dos vínculos sensoriais não verbais, do brincar e da imitação.

Apresentação dos capítulos

O trabalho é organizado em cinco capítulos, além da introdução e das considerações finais.

No primeiro capítulo, reflito sobre a história e a evolução do conceito de transferência, tomando os textos técnicos de Freud, de Anna Freud e de Melanie Klein. Nessa parte, defino a transferência como um conceito psicanalítico e mostro como ela foi concebida e abordada no surgimento da clínica psicanalítica com crianças, mais especificamente com crianças em estados autísticos e psicóticos. Em virtude da importância de Klein para essa clínica, assim como sua influência no trabalho de Winnicott, nesse primeiro capítulo dou uma atenção maior à obra de Klein. Também procuro diferenciar a noção de transferência em Freud e em Klein, para que, no próximo capítulo, diferencie esses dois autores de Winnicott.

No segundo capítulo, escrevo sobre a noção de transferência em Winnicott, autor que contribuiu significativamente na forma de se trabalhar com crianças, ressaltando a importância do ambiente no desenvolvimento emocional. Primeiramente, realizo uma introdução ao pensamento desse autor, trazendo um pouco do momento histórico, da biografia e das influências teóricas para, em seguida, adentrar em suas concepções teóricas e clínicas. Posteriormente, reflito sobre: 1) a questão do *holding*, do manejo e da interpretação; 2) o modelo da “mãe suficientemente boa” como norteador da transferência; 3) a “regressão à dependência” na transferência como um instrumento fundamental do trabalho de análise e 4) o uso de objetos e o uso do analista. Nesse capítulo, discuto algumas das características da transferência nos estados autísticos e psicóticos e algumas implicações para a clínica de Winnicott. Finalizo com um estudo comparativo da noção de transferência em Freud, em Klein e em Winnicott, o que leva a um reposicionamento do tema do trabalho, focando não apenas a transferência, mas a relação analítica como um todo, pautada não só nas noções de transferência e contratransferência, mas também na noção de experiência e de espaço potencial.

No terceiro capítulo, resalto a importância da noção de experiência no pensamento de Winnicott e na relação analítica. Nessa parte do trabalho, foco os textos de Winnicott, mais especificamente o livro “O brincar e a realidade”, discutindo o conceito de objetos e de fenômenos transicionais, tomando o brincar como um modelo para pensar a relação analítica. Nesse capítulo, reflito sobre a importância de pensar a relação analítica não apenas em termos de transferência e contratransferência, mas também em termos de experiência, quando paciente e analista são afetados pela situação clínica, pensando a relação analítica como espaço potencial.

No quarto capítulo, introduzo os estados autísticos e psicóticos, e discuto esse tema baseando-me no desenvolvimento emocional e na influência do ambiente, trazendo a

contribuição de alguns psicanalistas e da teoria de Winnicott para a compreensão e para o acolhimento desses pacientes.

No quinto capítulo, teço paralelos entre a construção teórica desenvolvida no trabalho e a minha prática clínica com crianças, já que ela foi pouco explicitada na elaboração teórica realizada nos outros capítulos, apesar de ela ser o pano de fundo dessas reflexões. Trago algumas contribuições para a clínica, como o ambiente-analista, o resgate da sensorialidade e a construção da relação analítica e do espaço potencial. Discuto, também, a questão da imitação como recurso técnico, bem como outros aspectos e recursos que utilizamos nessa clínica.

Neste último capítulo, incluo dados clínicos de algumas crianças atendidas por mim, Enrique, Igor, Leonardo e José, trazendo a reflexão em forma de fragmentos clínicos. Essa parte da tese foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH/UnB). Os nomes das crianças são fictícios, e mantenho a identificação das crianças e dos pais sob sigilo profissional. Para fins deste trabalho, em alguns dos relatos, omito informações da história de vida, alguns dados dos atendimentos, a relação estabelecida com os pais ou o trabalho realizado com a família, buscando, dessa forma, focar algum aspecto específico do caso. Esse é o recorte que precisei fazer dos casos clínicos relatados, solicitando compreensão do leitor quanto às restrições das informações provenientes desse recorte.

A última parte da tese versa sobre as considerações finais.

Uma vez introduzido o trabalho, passo, agora, para as construções teóricas e clínicas desta pesquisa.

CAPÍTULO 01 - A HISTÓRIA E A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE TRANSFERÊNCIA

A noção de transferência em Freud

O termo transferência (*übertragung*) aparece nos textos de Freud pela primeira vez no artigo sobre “Histeria” (1888), depois nos “Estudos sobre a Histeria” (1895) e é empregado posteriormente na “Interpretação dos Sonhos” (1900). Nesses textos, a transferência aparece como uma “falsa ligação”, como um conceito periférico e como uma interferência no processo de análise. Ao iniciar um trabalho sobre transferência, é possível realizar um estudo sobre a história da palavra na obra de Freud, além de um estudo etimológico da palavra. No entanto, aqui, estou interessada na definição, no conceito e nas características da transferência como conceito fundamental da clínica psicanalítica.

Início este estudo pela compreensão do conceito de transferência a partir do texto de Freud, “Fragmento da Análise de um Caso de Histeria” (1905 [1901]), onde a transferência é definida como conceito nuclear e constitutivo da teoria e da clínica psicanalítica. Nesse texto, o termo transferência é introduzido conceitualmente, passa a ocupar um lugar estratégico e a referir-se a um fenômeno fundamental do processo de análise, sendo definido como:

(...) reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se consciente, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo do passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. (Freud, 1905[1901], p. 111).

Nesse momento, a transferência surge como fenômeno de resistência ao processo de cura e é tratada como um sintoma. As históricas de Freud, em vez de lembrar as fantasias de sedução,

realizam uma transferência amorosa com o analista. No entanto, observamos que Freud já possuía uma ideia clara do conceito de transferência, de sua origem e de sua importância no processo de análise.

Em seguida, temos os textos técnicos, onde Freud escreve sobre a transferência. São eles: “A Dinâmica da Transferência” (1912); “Recordar, repetir e Elaborar” (1914); “Observação sobre o Amor Transferencial” (1915[1914]); e “Conferência XXVII: Transferência” (1917 [1916]). Depois desses textos, Freud trata a transferência como tema secundário dentro de outros temas e, em alguns textos, apesar de escrever sobre a transferência, ele não altera as formulações anteriores.

Em “A Dinâmica da Transferência”, Freud (1912) trata do aspecto teórico do fenômeno da transferência. Esse é o seu primeiro esforço no sentido de uma explicação sistemática do conceito. Nele, é realizada uma amarração de tudo o que já fora formulado sobre a transferência. Lagache (1980), em seu livro clássico “A transferência”, afirma que esse texto de Freud traz uma concepção dinâmica que subordina a transferência ao princípio de prazer e desprazer.

Nesse texto, Freud define a transferência positiva e a negativa, mostrando que a transferência pode variar entre os extremos de um amor apaixonado e inteiramente sexual (transferência positiva) até a expressão de um ódio exacerbado pelo analista (transferência negativa). Para ele, a transferência positiva, composta de sentimentos amigáveis e afetuosos, pode ser admitida na consciência do paciente e, desta forma, impulsionar o tratamento. A negativa, composta de sentimentos hostis, e a positiva, relacionada a impulsos eróticos, eram consideradas instrumentos da resistência. Ele acreditava que, quando a transferência era totalmente negativa, não havia possibilidade de influenciar o paciente por meios analíticos. Esse

seu ponto de vista é alvo de críticas por parte de outros analistas, dentre eles Ferenczi e Klein, que demonstram a possibilidade e a necessidade da análise de ambas as transferências.

Freud também afirma que, na presença das ansiedades de castração – ansiedades relacionadas ao complexo de Édipo –, podemos estabelecer uma neurose de transferência, mas que, na presença de ansiedades relacionadas a neuroses narcisistas ou psicóticas, ela não pode ser desenvolvida, ou seja, diante dessas ansiedades, a psicanálise, em sua forma clássica, é ineficaz. Em suas palavras: “aqueles que sofrem de neuroses narcísicas, não têm capacidade para a transferência ou apenas possuem traços insuficientes da mesma. (...) Não manifestam transferência, e, por essa razão, são inacessíveis aos nossos esforços e não podem ser curados por nós.” (Freud, 1917 [1916], p. 447-448).

Em um momento posterior de sua obra, Freud (1925 [1924]) afirma que a transferência se estabelece nesses casos, mas é completamente negativa e, portanto, não há qualquer possibilidade de influenciar o paciente por meios analíticos. Até o final de sua obra, observamos que ele não acredita na possibilidade de “nenhum sucesso terapêutico” no trabalho psicanalítico com pacientes em estados psicóticos; posteriormente, esse ponto de vista é refutado por outros analistas, dentre eles Melanie Klein, o que será discutido mais adiante.

Ele afirma ainda que a transferência é “transformada de arma mais forte da resistência em melhor instrumento do tratamento analítico” (Freud, 1925 [1924], p. 47), mostrando ao paciente que “seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente.” (Freud, 1917 [1916], p. 444-445). Assim, a transferência, que constituía a maior ameaça ao tratamento, torna-se seu melhor instrumento.

Em “Recordar, repetir e elaborar”, Freud (1914) faz uma reviravolta em suas construções. Ele introduz o conceito de compulsão à repetição, redefine os lugares do recordar, da repetição e da elaboração no tratamento e traz uma ampliação à noção de transferência, que culmina com a formulação do conceito de neurose de transferência. Nesse texto, ele também expõe a relação entre transferência, resistência e repetição, afirmando que a “transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido” (p. 166); e, ainda, que “o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu ou recalcou, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o sem, naturalmente, saber que o está repetindo.” (p. 165, *itálico do autor*). Portanto, quanto maior a resistência, maior a repetição. Assim, temos que o “paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência.” (p. 167).

Em “Para além do princípio do prazer”, Freud (1920) passa a associar a transferência à compulsão à repetição e, com isso, a transferência é relacionada ao caráter repetitivo das manifestações conflitivas. Em “Recordar, repetir e elaborar”, Freud (1914) já havia demonstrado que o paciente atua o seu passado ao invés de relembrar, afirmando que “o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência”. Com o manejo, “o paciente abandona-se à sua compulsão à repetição, que substitui *agora* o impulso para recordar.” (*itálico do autor*, p. 169).

É interessante observar que o processo psicanalítico possui três tempos fundamentais: 1) o período inicial, no qual o analista espera o estabelecimento da neurose de transferência; 2) o período da neurose de transferência; e 3) o período de dissolução da neurose de transferência. Com o estabelecimento da neurose de transferência, a neurose do paciente centraliza-se na figura do analista e a própria atitude do paciente em relação à sua doença é modificada, pois é induzida

certa tolerância em relação à própria doença e o paciente passa a apresentar uma “doença artificial”. Ou seja, o paciente substitui sua neurose pela neurose de transferência, a partir da qual pode ser curado pelo trabalho de análise. Nas palavras de Freud:

A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para a outra é efetuada. A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos acessível à nossa intervenção. Trata-se de um fragmento de experiência real, mas um fragmento que foi tornado possível por condições especialmente favoráveis, e que é de natureza provisória. A partir das reações repetitivas, exibidas na transferência, somos levados ao longo de caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada. (Freud, 1914, p. 170).

No momento em que é criada a neurose de transferência, inicia-se, para Freud, o trabalho de análise propriamente dito. Diante da neurose – que tem uma etiologia sexual e está relacionada à perda da memória do desejo infantil – e do paciente – que não consegue recordar que aquilo que está vivendo com o analista está associado a outros objetos –, o trabalho de análise consiste em superar a repetição por meio da recordação. Na análise, a repetição é remetida ao passado e o paciente recorda seu desejo, o que leva à dissolução da neurose de transferência e o indivíduo tem a possibilidade de enxergar o seu analista como um outro e não como réplica dos pais.

Percebemos então que, apesar de a transferência não ser criada pela psicanálise e, sim, evidenciada, o processo de análise fornece um novo significado transferencial e substitui a neurose comum pela neurose de transferência. Chegamos, assim, a uma importante formulação de Freud a respeito da transferência; a noção de neurose de transferência introduz uma interessante concepção do que seja o espaço analítico, que podemos associar à ideia de Winnicott

sobre uma área transicional, “entre a doença e a vida real”, no qual a transferência “cria uma região intermediária” onde é possível a transição, conforme será discutido no capítulo 03.

Diante do exposto, verificamos que, inicialmente, a transferência é vista por Freud como resistência e, assim, é um obstáculo ao tratamento. O analisando – ao invés de rememorar e de elaborar suas lembranças e suas fantasias no nível verbal – atuava, isto é, transformava essas lembranças e fantasias em ação. A transferência é concebida então como “uma perturbação associativa, que impede o acesso das lembranças recalcadas”, é uma “falsa conexão”, uma “aliança desigual” (Lagache, 1980, p. 14). Em seguida, com o conceito de complexo de Édipo, Freud passa a considerar a transferência como uma forma de reviver, na análise, as relações com as figuras parentais e os conflitos psíquicos. Com o conflito edípico, ele compreende que a transferência está ligada às imagens parentais, isto é, o paciente transfere para o analista os conteúdos do complexo de Édipo. Isso o leva a conceber a transferência não apenas como um deslocamento de afeto circunstancial, mas como deslocamento de conteúdos inconscientes das relações parentais. A transferência adquire, então, a partir dos protótipos infantis, a concepção de fator estruturante do processo de análise.

Em uma passagem sobre a transferência em Freud, Loparic (2006) nos mostra que ela é analisada com base no papel estruturante do conflito edípico e da teoria da sexualidade, ou seja, a transferência é interpretada tendo como referência a experiência edípica e a regressão aos pontos de fixação libidinal. Assim, podemos pensar na importância de o paciente recuperar a memória do que viveu em sua experiência atual com o analista, isto é, a importância de ele transferir seus sentimentos, suas emoções, seus anseios, suas expectativas como uma forma de também estar experimentando e vivendo sua história com o analista. Apesar de o repetir, em vez de o recordar ser entendido como resistência, observamos que a memória infantil só pode ser lembrada e

comparecer na análise sob a forma de atuação. Nesse sentido, Figueiredo (2003) afirma que mais importante que as recordações e as narrativas acerca do passado são as reedições, “o que se repete na relação com o analista e se apresenta como objeto vivo e atual de análise e de elaboração.” (p. 133).

Ao analisar os textos técnicos de Freud, percebemos que o conceito de transferência não é construído de forma linear e imediata, ele é elaborado, aumenta progressivamente de importância e torna-se complexo. A transferência vai desde uma “falsa conexão” e como um problema a ser enfrentado até sua aceitação como fenômeno essencial à análise, no qual é vista como possibilidade de fazer analítico.

Através do estudo desses textos, verificamos, também, que Freud utiliza como base para a compreensão do processo psicanalítico o modelo onírico, que é aplicado na compreensão da sessão, dos sintomas e de qualquer tipo de manifestação psíquica. Esse modelo ainda é utilizado na concepção do *setting*, como, por exemplo, o uso do divã e a compreensão do fenômeno transferencial. Baseada no modelo onírico, observamos que a própria noção de transferência aparece associada ao fenômeno do deslocamento: um afeto relacionado a uma representação se desloca – se transfere – para outra representação que não a original, o que vai se constituir como uma “falsa conexão”, na qual a carga afetiva ligada originalmente a uma pessoa do passado conecta-se à figura do analista.

Ao analisar a transferência em Freud, Safra (2004b) nos fornece uma contribuição para a compreensão dessa noção nos textos freudianos, explicando que ela, além de estar associada ao fenômeno do deslocamento, é compreendida no registro temporal. A própria neurose em Freud é abordada como um passado atualizado e não reconhecido como passado. O paciente age como se ainda estivesse no passado. A transferência é, então, uma alteração da própria temporalidade da

subjetividade, na qual o indivíduo não pode recordar ou encontrar a memória de sua infância. Assim, Safra nos mostra que a transferência em Freud é compreendida tendo como referência o deslocamento temporal: passado e presente. Com essa noção de transferência, o trabalho de análise consiste em recuperar a memória do desejo infantil por meio da interpretação da relação transferencial.

Em outro momento, ao falar sobre a interpretação em Freud, Safra (2007b) revela que ela é uma interpretação histórica que procura desvelar a história do vivido e do recalado pelo sujeito. Assim, a interpretação freudiana aborda fundamentalmente a dimensão do já vivido, visando a uma resignificação de sentidos e de significados, por meio da qual pode ocorrer uma reorganização psíquica.

Retornando ao texto de Freud (1937b), ele afirma que o paciente fornece fragmentos da memória do desejo infantil em seus sonhos, suas associações livres e suas transferências, sendo que a relação transferencial “é especificamente calculada para favorecer o retorno dessas conexões emocionais. É dessa matéria-prima – se assim podemos descrevê-la – que temos de reunir aquilo que estamos à procura.” (p. 276). Assim, o trabalho de análise consiste no paciente recuperar a memória do desejo e, no analista, “completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que (a fala do analisando) deixou atrás de si, ou, mais corretamente, *construí-lo*.” (p. 276, itálico do autor).

Nesse texto, Freud compreende que o trabalho de construção ou de reconstrução do analista assemelha-se à escavação feita por um arqueólogo, na qual a reconstrução de um edifício é realizada a partir dos restos encontrados nos escombros. Porém, no trabalho de análise, a reconstrução é feita a partir dos fragmentos de lembranças, das associações e da relação transferencial.

Freud ainda chama a atenção para o fato de que esse trabalho de construção constitui apenas um trabalho preliminar na análise: “o analista completa um fragmento da construção e comunica ao sujeito, de maneira que possa agir sobre ele; constrói, então, um outro fragmento a partir do novo material que sobre ele se derrama, lida com este da mesma maneira e prossegue, desse modo alternado, até o fim.” (p. 279), sendo que “o caminho que parte da construção do analista deveria terminar na recordação do paciente” (p. 284), ou melhor, as construções realizadas na análise por analista e por analisando devem recuperar fragmentos de experiências perdidas.

É interessante pontuar a proposição de Freud (1937a), em “Análise terminável e interminável”, de que a análise, de certa forma, é interminável no sentido de que o inconsciente não tem fim. Diante dessa proposição, percebemos que a própria construção é algo sempre incompleto e inacabado. Nesse sentido, existe sempre algo que escapa à construção, que fica de fora, que é impossível de apreensão e de reconstrução.

A noção de construção nos leva diretamente à questão do limite da interpretação e do que pode ser interpretável. A interpretação desvela sentidos que não se esgotam e que se fazem e se refazem a partir de diferentes referências clínicas. Ao sempre deixar restos sem solução, a interpretação aponta para as possibilidades e os limites impostos à própria prática clínica, o que será discutido nos próximos capítulos.

A transferência e a clínica com crianças: um percurso por Anna Freud e Melanie Klein

Não é possível escrevermos sobre a noção de transferência na obra de Anna Freud e de Melanie Klein sem adentrar na clínica psicanalítica com crianças, visto que as elaborações

teóricas dessas autoras foram influenciadas pelos seus atendimentos infantis e foram sendo construídas concomitantemente com a constituição dessa clínica. Tanto o surgimento dessa clínica, que teve como protagonistas essas duas damas da psicanálise, como as formulações acerca do fenômeno transferencial na obra dessas autoras são marcados pelas denominadas “Discussões Controversas”, em que cada psicanalista elaborava teoricamente sua prática, ao mesmo tempo em que traçava um contraponto à teoria postulada pela outra autora.

Devido a essa característica presente tanto no texto de Anna Freud quanto no de Melanie Klein, neste subtítulo opto por discorrer sobre as noções de transferência nos textos dessas autoras por meio de um estudo comparativo. Assim, tomo os textos de Anna Freud e, em seguida, os de Melanie Klein, focando as diferenças entre as formulações das autoras. Antes disso, porém, faço um adendo quanto ao surgimento da clínica psicanalítica com crianças.

A primeira intenção de aplicar os conhecimentos psicanalíticos na vida de uma criança acontece com Freud (1909) ao analisar a fobia de um menino de cinco anos, o pequeno Hans. Ao interferir no sofrimento de Hans, o autor proporciona os fundamentos teóricos para o surgimento de uma técnica psicanalítica com crianças, pois exemplifica a capacidade das crianças de compreenderem as interpretações verbais de suas falas, seus jogos, seus sonhos e suas fantasias, ou seja, ele constatou que a utilização de interpretações com crianças era tão eficaz quanto à utilizada com adultos.

Na verdade, Freud não estava interessado na prática clínica com crianças e, sim, em confirmar suas hipóteses sobre a sexualidade infantil. Inclusive, o tratamento de Hans não foi realizado por Freud, que o viu somente uma vez, mas por intermédio do pai da criança. O caso também não pôde servir de modelo técnico, uma vez que a transferência não foi analisada, não se

sabia como conseguir associações livres das crianças, não se verificou quais modificações a análise de crianças requeria e não se escutou a mãe da criança durante o processo.

Por outro lado, não podemos deixar de ressaltar as contribuições que o caso do pequeno Hans fornece à psicanálise, visto que ele confirmou o ponto de vista freudiano sobre a sexualidade infantil, gerou novos descobrimentos para a compreensão das fobias, evidenciou o complexo de Édipo e proporcionou os fundamentos teóricos para o surgimento da psicanálise com crianças. Quando analisamos as falas do pequeno Hans no texto de Freud, verificamos as associações livres da criança, apesar de o pai e de Freud não as terem interpretado, elas existiam. Dessa forma, a partir desse texto, também evidenciamos que as crianças, assim como os adultos, associam livremente.

Aberastury (1982) mostra que uma das primeiras tentativas de conseguir associações livres das crianças deu-se com Hug-Hellmuth, que passa a brincar com as crianças no ambiente delas, introduzindo o jogo como uma forma de associação livre, mas, infelizmente, essa autora não sistematizou sua técnica e sua obra foi pouco difundida. Outra tentativa foi a de Sophie Morgenstern, que estuda os contos, os sonhos, os jogos e os desenhos infantis e deu uma contribuição importante para a psicanálise com crianças ao substituir as associações livres dos adultos pelos desenhos das crianças, material fundamental na análise de crianças. Antes dos trabalhos de Anna Freud e de Melanie Klein, Madelaine Rampert criou, como técnica para a análise de crianças, o jogo de marionetes de personagens típicos (mãe, pai, professoras, médicos), que permitiu evidenciar conflitos e situações difíceis de serem expressas pela fala.

Em seguida, temos o conflito teórico entre Anna Freud e Melanie Klein, autoras que realmente sistematizaram dois modelos de análise de crianças com diferenças fundamentais,

principalmente na forma de abordar o fenômeno transferencial, o que as levaram a fundarem práticas clínicas distintas.

Anna Freud (1926), ao escrever sobre a técnica psicanalítica com crianças, mostra algumas das modificações, dos ajustamentos e das precauções que a análise de crianças requer. Primeiramente, a autora defende a necessidade de uma fase preliminar e preparatória à análise de crianças. Essa é uma fase pedagógica que induz a criança a “uma compreensão interna (*insight*) da perturbação, transmitindo confiança no analista e transformando a decisão de submeter-se à análise, de decisão alheia, tomada por outros, em decisão própria, autônoma.” (p. 23). Cumprida essa fase, ela passa a utilizar as interpretações dos sonhos, de sonhos diurnos e de desenhos como técnica de trabalho, mas faz restrições à utilização do jogo como uma forma de associação livre em crianças.

Com relação ao fenômeno transferencial na análise de crianças, Anna Freud procura ser fiel a seu pai e compreende a transferência também com base no fenômeno do deslocamento. Além disso, ela defende que, na análise de crianças, apenas a transferência positiva deve ser analisada. A negativa precisa ser dissolvida o mais rápido possível e até mesmo por meios não analíticos. Para essa autora, a transferência positiva é uma condição necessária à análise de crianças, e a negativa é indesejável, já que para ela o trabalho produtivo de uma análise ocorre apenas na presença da transferência positiva.

Anna Freud (1926) acredita ainda que, na análise de crianças menores de cinco anos e que ainda não passaram pelo complexo de Édipo, não se estabelece uma neurose de transferência devido às características da criança e às do analista de crianças. Para ela, a criança ainda está vivenciando, de uma forma presente, a relação com seus pais e não está preparada para produzir uma nova edição das suas relações amorosas, já que a antiga edição não se encontra ainda

esgotada, visto que os objetos originais – seus pais – ainda são reais e presentes como objetos de amor e não apenas como fantasia. Além disso, “não há qualquer necessidade para a criança de trocar os seus pais por ele (o analista), uma vez que, comparado a eles, não oferece nenhuma daquelas vantagens que encontra o adulto quando pode trocar os seus objetos de fantasias por uma pessoa concreta.” (p. 60). E também, pelo fato de o analista de crianças, diferente do de adultos, “pode ser tudo, menos uma sombra.” (p. 61).

Anna Freud, ao não analisar a transferência negativa, não investiga de forma profunda o complexo de Édipo. Freud, no caso do pequeno Hans, demonstra não apenas a presença efetiva e operatória do conflito edípico nas crianças como também as consequências benéficas de sua análise. Contudo, ela acredita que a análise de crianças não deveria ser levada “tão longe”. Essa referência à falta de análise do complexo de Édipo, nos casos expostos pela autora, é uma das críticas ao seu trabalho.

Melanie Klein, por outro lado, desenvolve uma técnica de análise de crianças bem pequenas, adotando desde o início uma atitude psicanalítica, evitando qualquer tipo de influência pedagógica no processo psicanalítico. Devido à sua importância para essa clínica e para o surgimento da clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos, bem como a sua influência no trabalho de Winnicott, aqui dou uma atenção maior à sua obra. Para tanto, além dos textos de Klein, resgato o trabalho de sua biógrafa Phyllis Grosskurth (1986) que, recorrendo à grande quantidade de documentos e de extensas entrevistas com pessoas que conheceram e trabalharam com Klein, fornece uma rica viagem ao mundo e à obra de Melanie Klein.

Através do texto de Grosskurth, acompanhamos a problemática infância de Klein em Viena, com sua mãe dominadora, seu pai ineficaz, seu irmão amado e imprestável. Seu casamento e o nascimento de seus filhos. Vemos Klein caindo em depressão e suas interações

em casas de repouso. Sua mudança para Budapeste, seu contato com a obra de Freud, sua análise com Sándor Ferenczi e o incentivo desse para que ela realizasse investigações sobre a análise de crianças.

Em seguida, temos sua análise com Karl Abraham, em Berlim; o convite de Ernest Jones (fundador da Sociedade Britânica de Psicanálise, biógrafo de Freud e “embaixador” da psicanálise para questões internas e externas do movimento psicanalítico internacional) para que desse uma série de conferências sobre análise de crianças em Londres, em 1925; e sua subsequente decisão de estabelecer-se na Inglaterra no ano seguinte.

Divorciada em uma época quando o divórcio ainda possuía uma aura de escândalo, ela foi a primeira psicanalista europeia a tornar-se membro da Sociedade Britânica de Psicanálise, e por fim tornou-se sua principal influência. Atualmente, essa influência está representada pela única estátua presente na biblioteca do Instituto de Psicanálise da Sociedade Britânica: a de Melanie Klein.

Com relação aos seus trabalhos, observamos que, desde o início, ela enfrenta forte oposição: primeiramente por ser “não acadêmica” e pela forma que apresentava seus dados e, em seguida, pelo conteúdo de suas teorias. Ainda em Viena, e também em Berlim, acompanhamos a hostilidade a ela dentro das Sociedades de Psicanálise, como nos ilustra Michael Balint em uma passagem sobre Klein na Sociedade de Berlim:

Já uma analista de renome, que era ouvida com atenção, muito embora por vezes de forma irônica. Ela ainda tinha uma luta árdua para enfrentar, sendo a única não-acadêmica e a única analista de crianças no meio de uma sociedade alemã muito “cult”. Repetidas vezes apresentou seus dados clínicos, usando, muito corajosamente e para uma maior fidelidade, as expressões infantis, ingênuas, que as crianças de quem ela tratava usavam, provocando muitas vezes em sua platéia culta – e até relutante – constrangimento, incredulidade e até mesmo riso sardônico. (Balint citado em Grosskurth, 1986, p. 131).

Na Sociedade Britânica de Psicanálise, a recepção às suas ideias se dá de forma diferente:

Em 1925, tive a maravilhosa experiência de falar a uma platéia interessada e compreensiva em Londres. (entre as pessoas que assistiram as palestras estavam Edward Glover, Sylvia Payne, John Rickman, Joan Riviere, Ella Sharpe e os Stracheys) (...) As três semanas que passei em Londres, fazendo duas conferências por semana, foram um dos períodos mais felizes da minha vida. Encontrei muita afabilidade, hospitalidade e interesse; também tive a oportunidade de conhecer um pouco da Inglaterra e adquirir uma grande estima pelos ingleses. É verdade que mais tarde as coisas não transcorreram sempre bem, mas aquelas três semanas foram muito importantes na minha decisão de viver na Inglaterra. (Klein, citada em Grosskurth, 1986, p. 146).

De 1928 até 1938, Grosskurth afirma que Klein contava com o apoio da grande maioria dos membros da Sociedade Britânica de Psicanálise. Com a chegada dos Freuds na Inglaterra, em 1937, assim como de outros psicanalistas vindos de Berlim e de Viena, essa oposição se faz presente também em Londres.

De 1941 a 1945 temos o período denominado de “Discussões Controversas” entre Anna Freud e Melanie Klein. Nessa época, Klein já havia se estabelecido em Londres e contava com o apoio de grandes nomes como Ernest Jones, Joan Riviere, Susan Isaacs e, posteriormente, Hanna Segal, Paula Heimann, Betty Joseph e Esther Bick. Entretanto, antes mesmo da chegada dos Freuds na Sociedade Britânica de Psicanálise, observamos nos textos de Anna Freud e de Melanie Klein, entre 1926-1927, que o embate já estava travado, assim como nas correspondências entre Ernest Jones e Freud sobre as publicações na “*International Journal of Psychoanalysis*”. Nesse sentido, transcrevo as palavras de Ernest Jones para Freud:

(...) Parece-me que seria melhor deixarmos qualquer questão de possível equívoco para as duas pessoas mais diretamente interessadas. (Anna Freud e Melanie Klein). Anna deve saber que qualquer réplica ou contribuição sua seria bem-vinda pela Journal e considerada uma honra. Não vi nenhuma crítica injusta no que a Sra. Klein disse na

reunião nem observo que nenhuma tenha sido inserida no texto escrito. Ao dizer isso, naturalmente, não posso defender nem responsabilizar-me por tudo o que ela escreve – isso diz respeito a ela e tudo o que eu, como Editor, tenho que garantir é que o tom e o conteúdo de tal contribuição estejam dentro dos limites normais de controvérsia científica. (Jones citado em Grosskurth, 1986, p. 198, *italico do autor*).

As principais controvérsias entre as autoras decorrem do fato de Klein apontar a incompatibilidade da tarefa analítica com a educativa; a necessidade de analisar a transferência positiva e negativa; a existência da neurose de transferência na análise de crianças; a necessidade de explorar o complexo de Édipo e a necessidade de se dirigir ao inconsciente da criança e não ao ego e ao consciente.

Klein (1927) mostra a impossibilidade de combinar o trabalho analítico e o educacional. Para ela, uma atividade cancela a outra, uma vez que, se o analista assume, mesmo que temporariamente, um papel de educador, ele está assumindo o papel de superego. Assim, se o analista de crianças quiser ser bem-sucedido “deve ter a mesma atitude inconsciente que esperamos do analista de adulto. Ele deve estar disposto a apenas analisar a mente de seus pacientes, ao invés de tentar moldá-las ou direcioná-las.” (p. 194).

Com relação ao fenômeno transferencial, ela acredita que as transferências são possíveis desde a tenra infância. Na perspectiva de Freud e Anna Freud, a criança só estabelece transferência com a figura do analista depois da resolução do complexo de Édipo, por volta dos cinco anos. No entanto, em seu trabalho com crianças, Klein mostra a possibilidade da transferência na análise de crianças, por mais jovens que sejam, desde a primeira sessão de análise. A autora insiste que, do ponto de vista do inconsciente, as crianças não diferem dos adultos. Para ela, a existência do inconsciente é a única condição necessária e suficiente para que o analista empreenda a análise.

Na sua forma de trabalho, diferentemente de Anna Freud, ela interpreta tanto as transferências positivas quanto as negativas. Para Klein (1952), a análise da transferência negativa “constitui uma pré-condição para analisar as camadas mais profundas da mente”, e a análise de ambas as transferências, negativa e positiva, é “um princípio indispensável para o tratamento de todos os tipos de paciente, crianças e adultos igualmente”, sendo que uma transferência não pode ser analisada sem a outra (p. 76). Assim, para ela, só analisando ambas as transferências é que se realiza um verdadeiro trabalho analítico.

Com relação à neurose de transferência, Klein (1927) ressalta que ela ocorre na análise de crianças de forma análoga a que se desenvolve na dos adultos, desde que se preserve uma atitude e um ambiente psicanalíticos, isto é, se evitem atitudes educacionais e se analisem os impulsos negativos dirigidos ao analista. Ela também chama atenção para o fato de que a análise da transferência negativa não prejudica o relacionamento da criança com os pais, como imaginava Anna Freud, pelo contrário, a análise dos sentimentos negativos ou hostis não apenas libera esses sentimentos como também os resolve, em parte, e fortalece os sentimentos positivos, assim, “o resultado final é um relacionamento mais profundo e satisfatório com aqueles à sua volta, e não um distanciamento no sentido de um desapego.” (p. 192).

A interpretação da transferência negativa, a partir do momento em que ela aparece, mesmo que na primeira sessão, é apontada como singularidade do estilo clínico de Klein, “dada a suposição teórica de que a recusa ou o recalque da destrutividade (...) estão na origem mais primitiva do adoecimento neurótico e psicótico.” (Cintra e Figueiredo, 2004, p. 179).

É interessante ressaltar que Klein (1924) tem uma forma muito específica de analisar a transferência e de fornecer interpretações à criança. Para ela, “assim que o pequeno paciente me dá um tanto de *insight* com relação aos seus complexos – seja através do seu brincar ou de seus

desenhos ou fantasia, seja simplesmente pelo seu comportamento em geral – as interpretações podem ser iniciadas”, o que, para ela, não contradiz a regra de Freud de que se devia esperar o estabelecimento da transferência para se começar a interpretar, pois, na visão dessa autora, a criança estabelece a transferência com o analista de imediato. A autora chega, inclusive, a chamar atenção para alguns casos em que é necessário interpretar imediatamente, ao início de uma análise, como, por exemplo, no caso de uma transferência negativa. Nesse caso, ela afirma que se torna ainda “mais imperativo que a interpretação comece o mais cedo possível.” (p. 41).

Observamos, por meio desses relatos, que Klein tem certa urgência em interpretar as transferências e os conteúdos inconscientes no momento em que são trazidos à análise e, para ela, em alguns casos, a “interpretação imediata era o único meio de diminuir a ansiedade e pôr a análise em movimento.” (p. 46).

Além da urgência em interpretar, suas interpretações são concretas e diretas. Para ela, essa forma de interpretar é de grande importância e ela se esforça “para colocar os conteúdos das fantasias inconscientes tão clara e distintamente quanto possível.” (p. 51). São inúmeros os exemplos que ela oferece para ilustrar sua forma de interpretar. No caso Peter, quando a criança olha para o balanço e diz: “olha, como balança e bate”, Klein retruca: “é assim que os negocinhos do papai e da mamãe se esfregam um no outro.” (p. 52). Ou, ainda, quando Ruth, brincando com a esponja diz: “Não, não é para ela ficar com a esponja grande, isso não é para crianças, é para adultos!”; ela afirma: “Interpretei agora esse material em conexão com seu protesto a respeito da esponja grande, que representava o pênis do pai. Mostrei-lhe detalhe por detalhe como ela invejava e odiava a mãe por esta haver incorporado o pênis do pai durante o coito e como queria roubar o pênis dele e colocar as crianças que estavam dentro da mãe e matar a mãe.” (p. 48).

Ao analisarmos seus textos clínicos, observamos que Klein desenvolve uma linguagem concreta e vívida de objetos parciais (seio, mamilo, pênis, etc.) e de funções corporais (incorporação, excreção), e é difícil não nos impressionarmos com suas interpretações ao ler seus relatos clínicos, sendo essa forma de interpretar uma das críticas ao seu trabalho. Contudo, Elizabeth Spillius (1994), em seus escritos sobre a evolução do pensamento kleiniano, nos mostra que atualmente a interpretação de fantasias inconscientes de forma imediata, muito direta e na linguagem dos objetos parciais, diminuiu. Além disso, existe uma tendência de falar com o paciente em termos de funções psicológicas (ver, ouvir, pensar etc.).

Outra inovação e contribuição da autora à clínica com crianças, é o fato de ela demonstrar a eficácia da sua técnica do brincar e da interpretação desse brincar. Klein (1926) explica que o brincar e o jogo são expressões e representações simbólicas da vida interior das crianças, sendo comparável às associações livres dos adultos. Como as crianças não podem associar livremente, por meio da comunicação verbal, como os adultos fazem, ela desenvolve a técnica do brincar como uma substituição da fala em associação livre dos adultos, afirmando que essa técnica utiliza e mantém os mesmos critérios, princípios e resultados do método psicanalítico proposto por Freud, empregando apenas técnicas adaptadas à criança. Assim, o brincar² passa a ser utilizado como uma técnica de análise de crianças semelhante à associação livre dos adultos.

Após refletir sobre a clínica psicanalítica com crianças e as principais diferenças com relação à análise e à interpretação da transferência nessa clínica na perspectiva de Anna Freud e de Melanie Klein, passo, agora, a uma análise mais aprofundada dos textos kleinianos relacionados à transferência. Essa análise se justifica na medida em que, ao estudar a obra de

² Devido à importância do brincar para a clínica com crianças, discuto-o melhor no capítulo 03, tomando como base a teoria winnicottiana.

Klein, constato que suas formulações carregam diferenças consideráveis quando comparadas às formulações freudianas.

A noção de transferência em Melanie Klein

“As origens da transferência” é o único artigo da autora publicado especificamente sobre o tema. Nesse texto, Melanie Klein (1952) discute as primeiras experiências, situações e emoções das quais se origina a transferência, mostrando que sobre essas bases são construídas as posteriores relações de objeto, bem como os desenvolvimentos emocionais e intelectuais, que necessitam da atenção do analista tanto quanto as relações e os desenvolvimentos mais primitivos. Para ela, esse “campo de investigação cobre *tudo aquilo* que se situa entre a situação presente e as primeiras experiências.” (p. 79, *itálicos da autora*).

Além de refletir sobre as origens da transferência, Klein apresenta um breve resumo de suas conclusões sobre os estágios mais iniciais do desenvolvimento e sobre os estados narcisistas. Dessa forma, percebemos que esse artigo, apesar de curto, apresenta um conteúdo rico e complexo, que para esta tese é de grande valia, uma vez que toca em três vertentes presentes neste trabalho: transferência, constituição psíquica e os estados autísticos e psicóticos.

Primeiramente, Klein mostra que os processos primários de projeção e de introjeção iniciam as relações de objeto. O uso que ela faz do termo “relação de objeto” baseia-se em sua asserção de que o bebê, desde o início da vida, “tem com a mãe uma relação (se bem que centrada primeiramente em seu seio) imbuída dos elementos fundamentais de uma relação de objeto, isto é, amor, ódio, fantasias, ansiedade e defesas.” (p. 72). Em uma importante nota de rodapé ela continua:

É uma característica essencial da mais antiga de todas as relações de objeto ser o protótipo de uma relação entre *duas* pessoas, na qual não entra nenhum outro objeto. Isso é de vital importância para posteriores relações de objeto, apesar de que, sob essa forma exclusiva, ela possivelmente não dure mais do que alguns poucos meses, dado que as fantasias relativas ao pai e seu pênis – fantasias essas que dão início aos primeiros estágios do complexo de Édipo – introduzem a relação com mais de um objeto. Na análise de adultos e crianças, o paciente algumas vezes experimenta sentimentos de uma bem-aventurada felicidade através da revivescência dessa relação inicial exclusiva com a mãe e o seu seio. (Klein, 1952, p. 72).

Essa proposição sobre as relações de objetos leva a questionar que implicação isso tem na forma de pensar a clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos, porque esse enunciado de Klein traz uma reflexão diferente das relações de objetos primitivas, que nos possibilita considerar essas crianças como tendo, desde o início da vida, uma relação de objeto. O que acontece é que elas podem ainda não ter adquirido a capacidade de usar objetos, conforme discute Winnicott (1968b e 1969), o que será abordado no capítulo 3, na discussão sobre a diferença entre a relação e o uso de objeto.

Nesse caso, a criança possuiu uma relação com o analista, mas não em termos de eu/outro, como o bebê, no início da vida, quando se relaciona com o seio e não com a mãe enquanto objeto total e separado dele. Daí, podemos começar a compreender um fenômeno que ocorre muito na clínica com essas crianças, que é a busca por uma relação simbiótica com o analista que reviva, como nos coloca Klein, essa relação inicial exclusiva com a mãe e o seu seio.

Em seguida, Klein retoma seu ponto de vista de que as relações de objeto começam desde o nascimento, o que nos leva a pensar que “o narcisismo e o auto-erotismo não são *estados* (*states*) anteriores às relações de objeto, e sim que são estados contemporâneos às primeiras relações de objeto.” (p. 70, *itálicos da autora*). Concepção, essa, diferente da então postulada por Freud, de que os *estágios* (*stages*) autoeróticos e narcísicos excluem a possibilidade de uma

relação de objeto, isto é, que o estágio autoerótico e narcisista precede qualquer relação de objeto. A tese de Klein é a de que “o auto-erotismo e o narcisismo incluem o amor pelo objeto bom internalizado e a relação com o mesmo, o qual, na fantasia, constitui parte do corpo e do *self* amados” (p. 74), sendo que, na gratificação autoerótica e nos estados narcísicos ocorre uma retirada para esse objeto internalizado. Nesse ponto, ela está descrevendo também os estados narcisistas, que são estados de retirada para dentro de objetos internos e que, terminologicamente, são diferentes de relações de objeto narcisistas, que resultam de identificação projetiva, conforme descrito por Klein (1946) em “Notas sobre alguns mecanismos esquizóides”.

O uso que Klein (1952) faz do termo objeto é um tanto diferente do que Freud faz, pois ele se refere ao objeto de um alvo pulsional, ao passo que ela tem em mente, além disso, “uma relação de objeto que envolve as emoções, fantasias, ansiedades e defesas do bebê.” (p. 74). Klein explica que a hipótese de Freud, assim como a de Anna Freud, de um estágio que se estende por vários meses precede às relações de objeto, implica que – exceto para a libido ligada ao próprio corpo do bebê – os impulsos, fantasias, ansiedades e defesas ou não estão presentes no corpo do bebê ou não estão relacionadas a um objeto. Contudo, a análise de crianças muito pequenas a ensinou que:

(...) não existe urgência pulsional, situações de ansiedade, processo mental que não envolva objeto, externo ou interno; em outras palavras, as relações de objeto estão no *centro* da vida emocional. Além do mais, amor e ódio, fantasias e ansiedade e defesas também operam desde o começo e encontram-se *ab initio* indivisivelmente ligadas a relações de objeto. Este *insight* mostrou-me vários fenômenos sob uma nova luz. (Klein, 1952, p. 76, *itálico da autora*).

Isso posto, Klein formula, então, sua conclusão sobre a transferência:

(...) a transferência origina-se dos mesmos processos que, nos estágios mais iniciais, determinam as relações de objeto. Dessa forma, na análise temos de voltar repetidamente às flutuações entre objetos amados e odiados, externos e internos, que dominam o início da infância. Só podemos apreciar plenamente a interconexão entre as transferências positiva e negativa se explorarmos o interjogo inicial entre o amor e o ódio, e o círculo vicioso entre agressão, ansiedades, sentimentos de culpa e uma maior agressão, bem como os vários aspectos dos objetos para os quais são dirigidas essas emoções e ansiedades conflitantes. (Klein, 1952, p. 76, *itálicos meus*).

Nessa afirmação ela apresenta uma noção de transferência mais ampla do que a até então formulada por Freud e discutida no início deste capítulo. Conforme vimos, Freud pensa a transferência como uma forma de deslocamento para a figura do analista, principalmente das relações parentais e dos conflitos edípicos do paciente. Já Klein postula que o paciente vai transferir para o analista não apenas suas relações parentais e seus conflitos edípicos, mas também suas experiências primitivas, relações de objetos, ansiedades e defesas. Assim, “quanto mais profundamente conseguirmos penetrar dentro do inconsciente e quanto mais longe no passado pudermos levar a análise, maior será nossa compreensão da transferência.” (Klein, 1952, p. 71).

Percebemos que a contribuição de Klein à compreensão das primeiras relações de objeto influencia essencialmente a sua técnica. Sabíamos que, na situação de transferência, o psicanalista podia representar a mãe, o pai ou outras pessoas, e que, em alguns momentos, ele também representava, na mente do paciente, o papel do superego, do id ou do ego. A partir da teoria de Klein, penetramos os vários papéis atribuídos pelo paciente ao analista, pois ela nos mostra que o analista pode, em determinado momento, representar as instâncias da mente ou uma ampla gama de figuras internalizadas. Ela afirma que o fato de terem origem na infância mais remota explica a força das flutuações e das rápidas mudanças na transferência, às vezes até

mesmo na mesma sessão, entre pai e mãe, entre objetos onipotentes bons e perseguidores, entre figuras externas e internas.

Outro ponto importante na análise da transferência em Klein é o papel que ela dá a fantasia. Ela explica que a imagem dos pais na mente do paciente sofre várias distorções por meio dos processos infantis de projeção e de idealização, conservando muito de sua natureza fantasiosa. Em termos gerais, ela afirma que “toda experiência externa está entrelaçada com suas fantasias e, por outro lado, toda fantasia contém elementos da experiência real, e é unicamente analisando a situação de transferência em sua profundidade que seremos capazes de descobrir o passado, tanto em seus aspectos realistas quanto em seus aspectos fantasiosos.” (p. 77).

Ela finaliza seu artigo sobre a transferência com uma importante proposição, que vai ser marcante em seu pensamento e no desenvolvimento da teoria kleiniana contemporânea, que é a de pensar a transferência em termos de “*situações totais*” de transferência. A autora explica que estamos habituados a falar da “*situação* de transferência”, mas questiona se realmente sabemos a importância fundamental desse conceito. Para ela, é essencial pensarmos em “termos de *situações totais* transferidas do passado para o presente, bem como em termos de emoções, defesas e relações de objeto.” (p. 78, *itálicos da autora*).

Klein mostra que, por muito tempo, compreendemos a transferência “em termos de referências diretas ao analista, no material do paciente”, mas sua concepção da transferência – enraizada nos estágios mais iniciais do desenvolvimento – é mais ampla e envolve uma técnica por meio da qual “os *elementos inconscientes* da transferência são deduzidos a partir da totalidade do material apresentado.” (p. 78, *itálicos da autora*). Assim, os relatos dos pacientes e suas relações não só oferecem um *insight* quanto ao funcionamento do ego, como também revelam as defesas contra as ansiedades suscitadas na situação de transferência. Para ela, o

paciente lida com conflitos e com ansiedades, revividos com o analista, do mesmo modo empregado no passado, tentando afastar-se do analista como tentou de seus objetos primários, cindindo a relação com eles e mantendo-os como figura boa ou má.

Quando lemos esse texto de Klein, observamos uma ênfase na questão da “totalidade da transferência”. Esse conceito não é restrito à expressão na sessão de atitudes relacionadas com pessoas específicas e/ou incidentes do passado histórico. Segundo Elizabeth Spillius (1994), o termo é usado para significar a expressão de forças e de relações do mundo interno na situação analítica. O próprio mundo interno é considerado como o resultado de um processo contínuo de desenvolvimento, o produto da interação contínua entre fantasia inconsciente, mecanismos de defesa e experiências com a realidade externa, tanto no passado como no presente.

Em texto relativamente recente, Spillius (2003) elabora um artigo rico sobre os escritos técnicos de Melanie Klein que não foram publicados. Sabemos que Klein publicou apenas dois artigos técnicos: “As origens da transferência”, em 1952, e “A técnica psicanalítica através do brincar”, em 1955. No entanto, ela coordenou muitos seminários sobre esse tema e deixou um conjunto de conferências relativo à técnica, que não foi publicado e se encontra presente no “Melanie Klein Trust”, em Londres. A dificuldade é sabermos com exatidão as datas dessas conferências, contudo sabemos, a partir dos registros da Sociedade Britânica de Psicanálise, que Klein proferiu uma série de conferências sobre a técnica em 1936, 1945 e 1946.

Nesse texto, Spillius examina os dados não publicados sobre a questão da técnica e nos mostra que a transferência é o tema mais frequentemente discutido por Melanie Klein. Além disso, ela explica que a transferência nesses escritos é compreendida como a via para o inconsciente. Nas palavras de Klein: “Desde o início, torne claro que a compreensão total da

transferência e a compreensão das camadas mais profundas do inconsciente estão ligadas uma à outra” (Klein, citada em Spillius, 2003, p. 147).

Spillius mostra que, nesses textos, Klein enfatiza a forma pela qual os pacientes repetem inconscientemente as experiências e as fantasias do primeiro ano de vida e da infância na relação com o analista, bem como em outras relações atuais. Em diversas notas, Klein assinala que sentimentos transferenciais em relação ao analista podem ser deslocados para outras figuras, um ponto de vista também afirmado no artigo “As origens da transferência”.

Klein ainda reitera seu ponto de vista de que a transferência começa a operar desde a primeira sessão, um ponto de discordância com Anna Freud, e que apesar de não fazer interpretações transferenciais de modo insistente, menciona a transferência ao menos uma vez em cada sessão. Também discorda de Freud (1937a), em “Análise terminável e interminável”, quanto ao fato de que não poderia analisar a transferência de um paciente (no caso Ferenczi) porque ele não a expressava. Para Klein, é essencial que o analista tenha sensibilidade tanto para a transferência positiva quanto para a negativa, pois ambas estão sempre presentes, ainda que uma ou outra esteja mascarada. Nesse caso, a que estiver oculta será expressa por meio do deslocamento para outra pessoa ou atividade.

Spillius mostra também que Klein tem pontos de vista especialmente firmes a respeito do fato de que o analista deve ligar a transferência a experiências passadas e a fantasias, e, nesse sentido, ela cita um exemplo dado por Klein:

(...) a paciente estava profundamente desapontada por ter sido designada para um analista mais novo (na verdade, um aluno), ao passo que ela gostaria de ser analisada, de fato, pelo analista mais velho que a entrevistara. No material dela, o profundo desapontamento com o pai surgiu de forma bastante clara. Ela o amara e admirara, mas depois descobriu que ele não era quem ela pensava que fosse (ele bebia) e, então, ela começou a namorar rapazes insatisfatórios. Mais tarde, encontrou um homem mais

maduro, que novamente idealizou e com quem queria muito se casar. O candidato não fez nenhuma conexão entre o desapontamento de que ele, uma pessoa mais jovem, tenha se tornado analista dela, e o fato de que o pai idealizado, ao desapontar, foi substituído por namorados insatisfatórios, e que o homem mais maduro aparece de novo como o objeto desejado. A interpretação correta teria sido ligar o desapontamento a respeito da escolha de analista com o desapontamento de não ser capaz de ter o pai ideal, e que a escolha de namorados jovens era insatisfatória porque eles não podiam substituir o pai ideal, enquanto que um homem mais maduro parecia reviver uma antiga relação idealizada com o pai. (Klein citada em Spillius, 2003, p. 148-149).

Ao refletir sobre os desenvolvimentos técnicos da abordagem kleiniana na Inglaterra, Spillius (1988) afirma que, embora os analistas kleinianos deem por certo a existência de uma técnica própria, muito pouco foi escrito sobre essa técnica em si. Muito se tem discutido, mas pouco dessa discussão foi publicado. Ela realiza, então, um extenso estudo dos artigos clínicos de analistas kleinianos, muitos dos quais não publicados, e constata mudanças na técnica no período que vai do final dos anos 40 aos anos 80. Cito este estudo por ser interessante para esta tese, uma vez que, também fornece os desenvolvimentos na forma de abordar e de conceber a transferência na perspectiva kleiniana.

Nele, Spillius revela que a maior parte dos artigos dos anos 50 e 60 é marcada por duas tendências: 1) a ênfase na destrutividade do paciente e 2) a interpretação de fantasias inconscientes de forma imediata e muito direta, na linguagem dos objetos parciais (seio, mamilo, pênis, etc.). Além disso, tínhamos poucas referências sobre contratransferência ou sobre identificação projetiva, especialmente sobre projeção de aspectos do paciente para dentro do analista.

Nos anos 60 e 70, aparecem diversas tendências de mudanças: a destrutividade começou a ser interpretada de forma mais balanceada; o uso imediato da linguagem de objetos parciais diminuiu e passou-se a falar com o paciente em termos de funções psicológicas (ver, ouvir,

pensar, etc.); o conceito de identificação projetiva começou a ser usado mais direta e explicitamente ao analisar a transferência; as ideias sobre contratransferência começaram a ser utilizadas mais sistematicamente, embora não fossem discutidas nos artigos de modo tão explícito quanto a identificação projetiva. Também houve uma ênfase crescente na atuação da transferência (*acting-in*), significando o atuar vivências na transferência ao invés de pensar e falar sobre elas; mais ênfase na pressão que o paciente inconscientemente faz sobre o analista para que este se junte a ele; e maior interesse em relação à reconstrução e às formas alternativas de interpretação do modo pelo qual as experiências passadas se expressam na interação analista e paciente.

Em seguida, Spillius realiza uma reflexão sobre essas mudanças no trabalho clínico kleiniano, contudo, devido ao foco desse trabalho, aqui ressalto apenas as mudanças referentes ao uso do conceito de identificação projetiva na análise da transferência. Spillius explica que, embora Klein tenha introduzido o conceito de identificação projetiva, ela parece não ter intuído seu uso na análise da transferência da forma que se desenvolveu entre os analistas kleinianos que começaram a basear a transferência na identificação projetiva. Segundo Spillius, Klein usava o conceito de identificação projetiva, mas fraseava suas interpretações com afirmações sobre os desejos, as percepções e as defesas do paciente:

Se, por exemplo, um paciente relatasse um sonho no qual um bebê berrando tinha o rosto da analista, Klein teria dito: “Você não pode tolerar sua própria experiência infantil de berrar, por isso você deseja livrar-se desta experiência em mim e, portanto, ver-me em seu sonho como um bebê berrando”. Se um analista contasse a ela numa supervisão que tinha realmente se sentido com vontade de berrar, a opinião de Klein teria sido de que o analista precisava de um pouco de auto-análise. (Spillius, 1988, p. 22).

Para Spillius, a ênfase da autora sempre foi sobre o material do paciente, não sobre os sentimentos do analista que, segundo Klein, apenas interferiria com o trabalho analítico. Essa opinião de Klein é ilustrada na história, hoje clássica, de um jovem analista que contou a Klein que se sentiu confuso e, portanto, interpretou ao seu paciente que este havia projetado confusão para dentro dele, ao que Klein respondeu: “Não, meu caro, você é confuso”, querendo dizer que o analista não havia compreendido o material do paciente e estava interpretando sua própria falta de compreensão como se tivesse sido causada pela projeção do paciente (Klein, citada em Spillius, 1988, p. 22).

Spillius ressalta ainda a influência de Bion, entre os analistas kleinianos, na mudança na análise da transferência e da contratransferência. Ela explica que Bion baseou-se em uma apreensão brilhante da forma pela qual seus pacientes tentavam despertar nele sentimentos que não podiam tolerar em si mesmos, mas que inconscientemente desejavam expressar, o que podia ser compreendido pelo analista como uma comunicação:

Bion sentiu-se amedrontado durante uma sessão com um paciente psicótico e então interpretou ao paciente que este estava empurrando para dentro de Bion seu medo de que pudesse matar Bion. A atmosfera na sessão ficou então menos tensa mas o paciente cerrou os punhos, com o que Bion disse que o paciente havia tomado o medo de volta para dentro de si e estava agora (conscientemente) sentindo-se com medo de que pudesse realizar um ataque assassino. Bion estava assim usando a idéia de que o paciente pode comportar-se de tal modo a fazer com que o analista sinta o que o paciente inconscientemente sente. (Spillius, 1988, p. 22).

Nessa passagem, Spillius ilustra que Bion estava usando seus próprios sentimentos como uma fonte de informação sobre o que o paciente estava fazendo. A autora explica ainda que, na concepção atual, o que importa não é se os próprios sentimentos do analista podem ou não serem usados como fonte de informação sobre o paciente, mas se são bem ou mal usados, isso apesar

da postura contrária de Klein à ampliação do conceito de contratransferência, como descrito por Paula Heimann (1950). Assim, temos que muitos analistas kleinianos, como Segal, Rosenfeld, Bion continuam a utilizar a ideia de identificação projetiva como um importante fator da contratransferência.

Baseada nas ideias de Klein sobre a transferência, Betty Joseph (1985) escreve um importante artigo, intitulado “transferência: a situação total”, onde também discute como os analistas kleinianos contemporâneos estavam empregando o conceito de transferência em seus trabalhos clínicos. Sua ênfase, nesse artigo, é a ideia da “transferência como uma estrutura na qual algo está sempre acontecendo, onde há sempre movimento e atividade.” (p. 76). Para Joseph, a noção de situações totais é fundamental para compreendermos a transferência, e ela deve incluir tudo o que o paciente traz para a relação e não apenas o que ele fala:

Muito da nossa compreensão da transferência surge através da nossa compreensão de como nossos pacientes agem sobre nós para que sintamos coisas pelos mais variados motivos: como eles tentam nos atrair para dentro de seus sistemas defensivos; como atuam *act out* inconscientemente conosco na transferência, tentando fazer com que atuem com eles; como transmitem aspectos de seu mundo interior, desenvolvidos desde a infância – elaborados na vida infantil e adulta, experiências muitas vezes para além da utilização de palavras, que freqüentemente só podemos apreender através dos sentimentos provocados em nós, através de nossa contratransferência, usado no sentido amplo da palavra. (Joseph, 1985, p. 77)

A partir dessa citação, visualizamos a postura que os analistas kleinianos desenvolveram na análise da transferência, eles tomam como base para a compreensão da transferência o mecanismo da identificação projetiva, e consideram não apenas o que o paciente diz, mas também a forma como ele age sobre o analista, projetando seu mundo interno para dentro do analista. Diante dessa compreensão da relação transferencial, uma das formas de o analista ter

acesso ao que o paciente está comunicando seria a análise e o uso de sua própria contratransferência.

Ao analisar a noção da transferência na clínica kleiniana, Safra (2007a) oferece uma leitura comparativa muito rica desse conceito. Ele mostra que a transferência na obra de Klein é compreendida em um eixo diferente do de Freud, afirmando que, enquanto em Freud a transferência acontece no registro temporal, em Klein ela ocorre no espacial. Não se trata de deslocamento temporal, passado e presente, e sim de deslocamento espacial, dentro e fora. Essa noção de transferência é decorrente de uma formulação teórica nova e de uma compreensão própria do psiquismo humano.

Em outro momento, Safra (2004d) explica que a autora tem uma compreensão espacial do psiquismo humano, na qual o próprio psíquico é entendido como um lugar, diferente da concepção freudiana – em que o psíquico é essencialmente temporal –, na qual um desejo que estava relacionado a uma figura do passado é vivido no presente e o objetivo do trabalho de análise é, então, remeter esse desejo à sua devida temporalidade, ou seja, ao passado, o que faz com que toda análise freudiana ocorra ao longo do eixo da temporalidade: passado e presente.

Safra afirma que, enquanto Freud fala de realidade psíquica, Klein fala de mundo interno. Portanto, a análise kleiniana ocorre ao longo de um eixo espacial: dentro e fora. Assim, na perspectiva de Klein não se trabalha no sentido de rememorar, mas no sentido de que, na situação transferencial, o que está dentro, está fora, e vice-versa, por meio dos mecanismos de identificação projetiva e introjetiva.

Outro ponto distinto na compreensão da noção de transferência em Freud e em Klein é que, enquanto Freud compreende a transferência como um processo por meio do qual as relações do passado e seus componentes afetivos são repetidos em relação à figura do analista sob a

influência do princípio da compulsão à repetição, para Klein, a transferência é fruto da externalização de relações objetais internas sob a pressão exercida pela ansiedade, já que, para ela, é a ansiedade que leva a criança a brincar.

Observamos então que a questão fundamental envolvida na concepção de transferência em Klein não é a relação passado/presente e, sim, a relação mundo interno/externo. O repetido na relação transferencial são as relações de objeto vigentes no mundo interno. A transferência é concebida como uma externalização de relações objetais internalizadas: o que é transferido para a situação analítica é o mundo interno do paciente e a maneira como os objetos internos se relacionam.

Caminhando nesse sentido, Cintra e Figueiredo (2004) colocam que o trabalho analítico kleiniano busca discriminar: fantasia de realidade, passado de presente, consciente de inconsciente. O objeto da análise não é somente o passado, mas também o presente, isto é, o modo de funcionamento mental do paciente e a forma como ele organiza e expõe suas ansiedades, fantasias e defesas na sessão.

Verificamos que, na clínica kleiniana, a transferência é norteada pela noção de identificação projetiva e introjetiva. Ela é decorrente do fato de o paciente depositar no analista não apenas objetos externos do passado, mas também objetos internos. Assim, temos que Klein pensa a transferência não só como uma resignificação, mas também como projeção, na qual o paciente, por meio da identificação projetiva, remete suas fantasias, seu amor, seu ódio, suas ansiedades e suas defesas; enfim, sua vida interior na figura do analista. Nas palavras de Klein:

Todo o ódio, assim como todo amor, que o indivíduo sentiu a partir de seus primeiros dias de vida, e que em parte foram reprimidos, (são) transferidos para o analista. Todas as figuras de fantasia más que existiram na mente do paciente (...), todas essas figuras

más, e também as boas, são relacionadas com a pessoa do analista e assim podem ser trazidas à consciência. (Klein citada em Grosskurth, 1986, p. 251).

Melanie Klein, por meio de seu contínuo trabalho sobre as relações objetais arcaicas e o funcionamento psíquico primitivo, especialmente os mecanismos de identificação projetiva e introjetiva, ampliou nossa compreensão sobre a natureza da transferência e sobre o processo de transferir. Ela nos mostrou que o que está sendo transferido não são apenas objetos externos do passado da criança, mas também os objetos internos.

A transferência na clínica psicanalítica com crianças em estados autísticos e psicóticos

Com Melanie Klein também temos o início da psicanálise com crianças em estados autísticos e psicóticos. Apesar de Freud não acreditar no sucesso terapêutico da análise desses pacientes, Klein (1952) revela a possibilidade de serem analisados, afirmando que a análise desses pacientes é extremamente frutífera e que eles são capazes de estabelecer transferência positiva e negativa. Graças às construções teóricas e clínicas de Klein, foi possível a análise da transferência positiva e negativa na clínica com crianças muito pequenas e desde a primeira sessão, assim como a análise da relação transferencial com pacientes em estados autísticos e psicóticos.

Klein (1930a) difunde a psicanálise com crianças em estados autísticos ao descrever o caso do pequeno Dick. Em nota explicativa, a comissão editorial inglesa afirma que o material clínico apresentado com o caso “inaugura uma nova era. Em termos históricos, esse é o primeiro relato publicado da análise de uma criança psicótica, onde fica claro que é possível estabelecer um contato analítico e despertar o desenvolvimento.” (p. 249).

No caso Dick, ela descreve a história clínica de uma criança de quatro anos de idade com uma sintomatologia parecida com a de crianças ditas “esquizofrênicas”, no entanto, com ausência de vida fantasiosa. Assim, fenomenologicamente, a descrição que ela faz dessa criança acaba sendo muito semelhante à síndrome descrita por Kanner, posteriormente, em 1943, como “autismo infantil precoce”.

Na clínica com Dick, Klein se depara com uma dificuldade técnica. A técnica do brincar e a interpretação do jogo desenvolvida por ela acompanhava as representações da criança e dava acesso à sua ansiedade e ao seu sentimento de culpa por meio do simbolismo revelado no brincar da criança. Porém, Dick não estabelecia uma relação afetiva e simbólica com os objetos, “suas ações fortuitas diante deles não eram tingidas pela fantasia e, por isso, não era possível atribuir-lhes o caráter de representações simbólicas”. Klein conclui, então, que, na análise, se viu obrigada a lidar com essa ausência de relação simbólica que ela considerava ser “o obstáculo *fundamental* para se estabelecer contato com o menino.” (p. 256-7, *itálico da autora*).

Entretanto, aqui verificamos uma contradição no pensamento de Klein, uma vez que ela continua utilizando a interpretação do jogo, mesmo com Dick, que é uma criança que não apresenta pensamentos fantasiosos e que não representa a realidade. Vejamos a passagem:

Quando lhe mostrei os brinquedos que tinha preparado, o menino olhou para eles sem o menor interesse. Peguei um trem grande e o coloquei ao lado de outro menor, chamando-os de “Trem-Papai” e “Trem-Dick”. Então ele pegou o trem chamado “Dick”, empurrou-o até a janela e disse “Estação”. Expliquei: “A estação é a mamãe; o Dick está entrando na mamãe”. Ele largou o trem, correu para o espaço entre a porta de fora e a porta interior do consultório, fechou-se lá dentro, disse “escuro” e saiu correndo na mesma hora. Repetiu os mesmos movimentos diversas vezes. Então eu lhe expliquei: “É escuro dentro da mamãe. O Dick está dentro da mamãe escura”. Enquanto isso, o menino pegou o trem novamente, mas logo depois correu de volta para o espaço entre as portas. (Klein, 1930a, p. 257).

Klein afirma ainda que na análise do Dick ela conseguiu “ter acesso ao inconsciente do menino ao entrar em contato com os rudimentos de fantasia e formação de símbolos que ele apresentava.” (p. 259).

Nessas passagens, observamos que ela não altera sua técnica de trabalho ao atender Dick. Ela continua interpretando o brincar, tendo como referência o sadismo e o complexo de Édipo, ou seja, ela interpreta os comportamentos de Dick com base nos símbolos primordiais como o seio e o pênis, visando à diminuição da ansiedade e do sentimento de culpa. Percebemos, então, que Klein fornece interpretação ao Dick a partir do conhecimento prévio da teoria psicanalítica e do saber do analista.

A modificação que Klein realiza na clínica com Dick é no que se refere ao tempo da interpretação:

Em geral, não interpreto o material até ele ter sido expresso em várias representações. Contudo, num caso em que a capacidade de representação era quase inexistente, fui obrigada a basear minhas interpretações no meu conhecimento geral, pois as representações que se manifestavam no comportamento de Dick eram relativamente vagas. (Klein, 1930a, p. 260).

Analisando esse texto de Klein, observamos que ela utiliza as interpretações verbais para *estabelecer a relação analítica*, assim como para encontrar sentido e valor simbólico nos comportamentos da criança. Ela não realiza uma mudança significativa na técnica psicanalítica clássica com crianças, mudança essa que a prática clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos nos solicita frente aos momentos em que é impossível encontrar significados e interpretar os comportamentos das crianças, como discuto adiante.

Muitos autores como, por exemplo, Figueiredo (2000) criticam essa postura de Klein, afirmando que sua técnica tende a incrementar a intrusividade do analista com suas

“interpretações precoces, tendenciosas, unilateralmente centradas nos vínculos transferenciais e a imposição impaciente destes vínculos tendem a fazer do campo transferencial-contratransferencial um campo excessivamente fechado.” (p. 27).

Apesar de concordar com as críticas à técnica de trabalho de Klein, gostaria de ressaltar suas contribuições à psicanálise de crianças em estados autísticos e psicóticos, já que, contrariando as ideias de Freud, ela mostra a possibilidade de analisar essas crianças, demonstra que a relação transferencial com esses pacientes pode ser criada por meio da interpretação do jogo e que é possível conferir sentido simbólico aos comportamentos estereotipados.

Ao analisar o trabalho de Klein, Tafuri (2003) conclui que o lugar que ela ocupa na clínica psicanalítica com Dick é o “lugar de analista intérprete”. O papel da analista é o de interpretar, o mais breve possível, o simbolismo revelado por detalhes do comportamento da criança, mesmo na ausência da fala e do brincar simbólico. Ao questionar os princípios teóricos e técnicos da clínica psicanalítica com crianças em estados autísticos, Tafuri resalta que o lugar de analista intérprete fica reconhecido no âmbito psicanalítico como o da “verdadeira psicanálise”, e que isso marca bastante o desenvolvimento posterior dessa clínica. A autora observa que essa clínica foi “tradicionalmente desenvolvida a partir de um eixo básico: atribuir sentido ou valor significativo e interpretar os comportamentos gestuais e sonoros do *infans*.” (169). Ela explica ainda que essa maneira de trabalhar produziu diferentes formas de interpretação: “interpretação do jogo (Klein), interpretação de figuras e objetos autísticos (Tustin, Meltzer, Haag e Ogden) e interpretação ou tradução dos significantes (Lefort, Dolto, Mannoni, Jerusalinsk e Laznik-Penot)”, todas tendo como princípio básico a interpretação verbal (p. 169).

Apesar das contribuições de Klein e desses outros autores, nesta tese mostro outras formas de estabelecer e de manejar a relação transferencial nas análises de crianças em estados autísticos e psicóticos. O estudo realizado até aqui nos apresenta a interpretação como ferramenta utilizada por muitos analistas para estabelecer a relação com essas crianças. Quando analisamos o caso Dick, observamos que essa foi a forma encontrada por Klein para estabelecer a relação com a criança. Contudo, ao atender crianças, fui levada a questionar essa postura de “analista intérprete” e a buscar outros autores que me auxiliassem a estabelecer a relação transferencial para além das interpretações verbais. Exemplificarei algumas dessas dificuldades quando trazer os casos clínicos. Nessas buscas, Winnicott foi um dos autores que encontrei e que deixou de lado, pelo menos no primeiro momento da análise, a primazia da palavra e o foco nas interpretações. No próximo capítulo, reflito sobre essa forma de trabalho e sobre algumas das características da transferência com pacientes em estados autísticos e psicóticos.

CAPÍTULO 02 - A NOÇÃO DE TRANSFERÊNCIA EM WINNICOTT

Uma introdução ao pensamento de Winnicott

Diversos são os autores que se dedicam ao estudo acerca de Winnicott. Dentre eles: seus dois biógrafos Robert Rodman (2003) e Brett Kahr (1996); seus analisandos Harry Guntrip (1975) e Margaret Little (1990); os autores que introduzem seu pensamento Adam Phillips (1988), Madeleine Davis e David Wallbridge (1982) e Peter Giovacchini (1990); Jan Abram (1996), que nos apresenta com o dicionário e Alexander Newman (1995), com o guia das ideias de Winnicott.

No Brasil, encontramos algumas produções relacionadas ao seu pensamento. Dentre os autores brasileiros, cito Elsa Dias, Gilberto Safra, José Outeiral, Julio de Mello Filho, Roberto Graña. Também tivemos publicações nas revistas “Viver: mente e cérebro” e “Revista Brasileira de Psicanálise” que dedicaram volumes a Winnicott. Esses trabalhos nos ajudam a conhecermos um pouco do homem, do teórico e do clínico Winnicott.

Diante dessa variedade de escritos, parece tarefa fácil introduzir Winnicott; afinal, temos uma imensidão de páginas já escritas sobre o assunto. Contudo, ao retornar do mergulho em algumas dessas obras, deparei-me com a difícil tarefa de escrever sobre um autor cujo trabalho admiro, com a preocupação de construir um texto menos idealizado e que traga não apenas a teoria do autor, mas também um pouco de sua história e de suas influências teóricas. Todavia, apresento aqui a minha visão sobre a sua obra, suscetível a interpretações e a críticas.

Frente, ainda, a essa profusão de ideias sobre Winnicott, mais um trabalho a esse respeito pareceria desnecessário. No entanto, o presente texto não procura fazer nem uma revisão do

trabalho de Winnicott nem uma biografia, mas compreender como ele abordava o fenômeno transferencial e como isso pode contribuir para a clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos. Como dentro da psicanálise a teoria e a técnica do autor não podem ser facilmente separadas de sua história pessoal, isso é certamente verdadeiro no caso de Winnicott. Dessa forma, nesse subtítulo, explico um pouco do momento histórico, da biografia e das influências teóricas do autor para, em seguida, adentrar em seu pensamento, em suas concepções teóricas e clínicas acerca da transferência.

Conto, inicialmente, com a ajuda de Ferreira (2002), que nos esclarece que Winnicott nasceu e viveu no período “vitoriano”, ambiente sociopolítico caracterizado pela repressão à criatividade, à sexualidade e à espontaneidade, e que durou até 1936, seguido pelo curto reinado de Eduardo VIII, marcado por grandes mudanças na sociedade inglesa, com movimentos sociais e políticos que permitiram uma revolução na ciência, na arte e na literatura. No século XX, a Inglaterra participou das duas Grandes Guerras Mundiais influenciando diretamente o trabalho de Winnicott. Na Primeira Guerra, ele trabalhou como cirurgião, e na Segunda com crianças evacuadas, que deu origem ao seu trabalho sobre a privação e a delinquência, onde relacionou as situações de privação com o aparecimento de tendências antissociais (Winnicott, 1984).

No que se refere ao ambiente cultural, Winnicott tinha interesse pela psicanálise, pelas artes plásticas, pela música e pela literatura. Ele estava ligado não apenas ao grupo da Sociedade Britânica de Psicanálise, mas à elite intelectual da época, especialmente ao grupo de Bloomsbury. Foi contemporâneo de Virginia Woolf, James Joyce, Samuel Beckett. Era admirador da poesia de T. S. Eliot, Rilke e Dylan Thomas, das peças de Shakespeare e da pintura de Francis Bacon. Ouvia as composições de Bach, de Beethoven e a música moderna dos Beatles.

Era um homem que muitos descreviam como fisicamente parecido com um “gnomo simpático”, o que não corresponde a imagem do seu busto esculpido pelo artista Oscar Nemon, exposto na Sociedade Britânica de Psicanálise, que nos dá a impressão de um homem carrancudo. Seu senso de humor é muito ressaltado, assim como seu prazer em fazer cartões de Natal à mão, de escrever cartas e de tocar piano.

Com relação ao ambiente familiar, através dos trabalhos biográficos escritos por Brett Kahr (1996) e Robert Rodman (2003), percebemos que, de modo geral, Winnicott teve uma infância relativamente boa, o que o possibilitou uma vida adulta produtiva e criativa. “Ele não sofreu qualquer tipo de angústia ou perda física, não teve irmãos mais novos que lhe tirassem o lugar e foi criado com enorme estabilidade e consistência” (Kahr, 1996, p. 8).

Entretanto, nessas biografias, assim como no trabalho de Adam Phillips (1988), também acompanhamos algumas das dificuldades e das angústias do pequeno Winnicott. Clare Winnicott, por exemplo, tem o cuidado de dizer que nem tudo era perfeito: “Ele com frequência achava a vida dura e podia estar desanimado, deprimido e com raiva” (Rodman, 2003, p. 11, tradução minha). Nesses textos, ainda temos acesso a um poema escrito por Winnicott, aos 67 anos, sobre sua mãe. Selecciono apenas alguns dos versos:

A Mãe, lá embaixo, está chorando, chorando, chorando, Desta forma, a conheci. Uma vez, esticado em seu colo, como agora em morta árvore. Eu aprendi a fazê-la sorrir, a deter suas lágrimas, a desfazer sua culpa, a curar sua morte interior. Vivificá-la era meu viver. (Phillips, 1988, p. 55).

Tudo indica que Winnicott estivesse se referindo a uma experiência de depressão de sua mãe e a consequente impossibilidade dela em abraçá-lo. Phillips faz uma interessante aproximação desse poema com os desenvolvimentos, na teoria winnicottiana, do relacionamento

mãe e bebê. Primeiramente, ele relaciona a imagem do bebê esticado no colo – “como agora em morta árvore” – à ênfase de Winnicott quanto à importância da forma como o bebê é posto no colo:

Levou muito tempo, para o mundo analítico... olhar, por exemplo, para a importância da forma como um bebê é posto no colo; e mesmo tendo sido assim, quando se pensa nisso, é de fundamental importância....a questão da sustentação e do manejo traz à tona toda a questão da confiabilidade humana. (Winnicott, citado em Phillips, 1988, p. 56-57).

Nesse ponto, relaciono o poema não apenas com as questões relativas à compreensão de bebês e de mães, mas com a importância dessa sustentação e desse manejo na relação transferencial, principalmente com pacientes em estados autísticos e psicóticos, como discuto adiante no que se refere ao *holding* e ao manejo nessa clínica.

Em seguida, Phillips retoma as preocupações de Winnicott com as crianças de mães depressivas, que poderiam sentir “infinitamente caindo do colo da mãe” e serem perturbadas em seu desenvolvimento pela necessidade de “cuidar do humor da mãe”. Nesses casos, as crianças poderiam ser compelidas a vivificar uma mãe inacessível em detrimento de sua própria vitalidade espontânea, tendo de viver em função de manter sua mãe viva, como alude o poema (Winnicott, citado em Phillips, 1988, p. 56-57).

Outro ponto frequentemente ressaltado, no que diz respeito à história familiar de Winnicott, é a ausência de seu pai devido ao trabalho e a acentuada presença feminina em sua casa (mãe, duas irmãs mais velhas, babá, governanta, cozinheira), o que pode ter gerado uma forte identificação feminina e influenciado seu interesse e sua sensibilidade pelo estudo da relação entre mãe e bebê. Muitos anos mais tarde, Winnicott comenta com sua segunda esposa que: “Fui deixado muito tempo com todas as minhas mães. Graças a Deus fui expulso aos trezes

anos!” (entrevista com Clare Winnicott, citado em Kahr, 1996, p. 30). Essa afirmação nos leva a indagar sobre as influências negativas dessa presença feminina. Tanto Kahr (1996) quanto Rodman (2003) questionam se ele sofreu algum tipo de conflito psicosssexual, levando à impotência sexual durante seu primeiro casamento.

Rodman (2003) também ressalta uma série de comportamentos ruins do pequeno Winnicott. Aos nove anos, ao se olhar no espelho, Winnicott se julgou “bonzinho demais” (“*too nice*”). Após essa conclusão, ele se transformou em um adolescente bagunceiro e com notas baixas, o que leva seu pai a enviá-lo ao internato aos treze anos. Segundo Rodman, é possível que ele estivesse chamando a atenção de seu pai como uma forma de emergir da “bondade” e das “muitas mães” que poderiam estar prejudicando seu desenvolvimento emocional.

O que diria Winnicott da postura de alguns analistas que ainda o julgam “bonzinho demais” com relação à sua teoria e sua prática clínica? Gostaria de desfazer um pouco sua imagem de um “analista fofo”, que dá colo e *holding*, presente também em alguns trabalhos que se dedicam ao estudo de sua obra. Afinal, ele escreve um artigo sobre o ódio na contratransferência (1947) e quando Margaret Little quebra um vaso em seu consultório, a sua reação foi deixá-la sozinha por alguns instantes, até ele se acalmar. Além disso, acredito que, mais do que um analista que fornece *holding*, ele é um analista que brinca junto, como discorro no próximo capítulo.

Com relação à sua decisão de ser médico, ele comenta que, certo dia, internado na enfermaria de sua escola após ter quebrado a clavícula praticando esportes percebeu que dependeria de médicos sempre que ficasse doente, “e a única escapatória desse destino seria tornar-me eu mesmo um médico.” (Winnicott, citado em Kahr, 1996, p. 31).

Durante sua formação médica, Winnicott desenvolveu um abscesso pulmonar e teve de passar três meses como paciente do hospital. Nesse outro período de internação, ele sentiu o quanto os médicos e as enfermeiras o negligenciavam em meio à multidão de pacientes. A partir daí, concluiu que todos os médicos deveriam passar pela experiência de tornarem-se pacientes necessitados e dependentes para conhecer melhor os temores do doente. Anos mais tarde, já psicanalista, passou a se preocupar não apenas com a doença de seus pacientes, mas também com as necessidades físicas e psicológicas; com a importância de ouvir os pacientes e não apenas fazer-lhes perguntas; e com o cuidado com os pacientes em estados regredidos e de dependência.

Em 1919, após a Primeira Guerra, entrou em contato com a psicanálise como uma tentativa de compreender a razão pela qual não conseguia lembrar-se de seus sonhos. Após ler a “A interpretação dos sonhos” de Freud, escreve à Violet, sua irmã, sobre seu novo *hobby*:

A Psicanálise é superior à hipnose e deve superá-la, mas os médicos ingleses estão demorando muito em adotá-la porque ela requer muito trabalho e estudos prolongados, enquanto que a hipnose não exige nada disso. Ontem mesmo vi um homem que sofria de neurose de guerra ser hipnotizado pelo homem que cuida das doenças mentais no Bart (Hospital St. Bartholomew). Esse homem nunca poderia fazer Psicanálise, pois não possui paciência, afinidade e as outras qualificações necessárias. (Winnicott, citado em Kahr, 1996, p. 42).

Winnicott já havia compreendido alguns dos aspectos vitais da psicanálise, entre os quais o tempo do tratamento, as qualidades e as qualificações necessárias. Decide se especializar em pediatria e, por enquanto, satisfazia-se com a leitura de alguns livros sobre psicanálise. A partir desse período, o trabalho como pediatra tornou-se o cerne de sua experiência clínica e do desenvolvimento de suas pesquisas, trabalhando no Paddington Green Hospital por mais de quarenta anos.

Com o passar dos anos, dedicou menos tempo à pediatria e mais à psicanálise, mas sempre conservou uma paixão pelo trabalho pediátrico. Quando produziu seu primeiro volume de artigos reunidos para os colegas da psicanálise, escolheu como título *Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (“Através da pediatria à psicanálise”), ao invés de *From Paediatrics to Psycho-Analysis* (“Da pediatria à psicanálise”, como está traduzido na edição brasileira), deixando claro sua fidelidade à área. Além disso, como o próprio autor observa, graças à sua experiência como pediatra e, posteriormente, psicanalista, foi possível lançar luz sobre os objetos e fenômenos transicionais que ocorrem no desenvolvimento e nas experiências individuais dos bebês e das crianças (Winnicott, 1971a, p. 10).

Em 1923, casou-se com Alice Taylor, uma mulher bonita, ligada às artes e com severos problemas emocionais. Kahr associa a escolha de Winnicott se casar com uma mulher que sofria de problemas psiquiátricos com o fato de a sua própria mãe ter sofrido de episódios depressivos. Foram vinte e cinco anos de preocupação com Alice e a separação ocorreu em 1949. Ele continuou a fornecer suporte financeiro a Alice e a ter um relacionamento amistoso com ela nos anos posteriores.

No mesmo ano de seu casamento com Alice, iniciou sua análise pessoal. Apesar do interesse pela psicanálise, ele admite que essa busca se deu por suas dificuldades pessoais: “fui procurá-lo (Ernest Jones) em minha juventude pois estava doente”. Ao recordar desse encontro, ele escreve: “Lembro-me bem de nosso primeiro encontro, em 1923, quando eu era um jovem bastante inibido perguntando se havia alguma coisa que pudesse ser feita.” Após esse encontro, por recomendação de Jones, Winnicott iniciou sua análise com James Strachey (Winnicott, citado em Kahr, 1996, p 52).

Com relação à sua formação psicanalítica, às suas heranças e às suas influências como teórico e clínico, observamos que Winnicott passou por duas análises: a primeira, por cerca de dez anos, com James Strachey, que havia sido analisado por Freud, além de ter-se tornado editor e tradutor da língua inglesa das obras freudianas. Além disso, Rodman (2003) mostra que Strachey supervisionou os casos clínicos de Winnicott durante o período que vai de 1923 a 1933. Assim, por meio de Strachey, ele é inserido na psicanálise sob influência basicamente freudiana.

Uma década no divã de Strachey, psicanalista que escreveu um artigo sobre o conceito de “interpretação mutativa”, ressaltando a importância da interpretação da transferência como ferramenta clínica, enquanto Winnicott questiona o uso excessivo de interpretações, o que será discutido mais adiante, apontando para duas das características de seu pensamento: sua autonomia e sua independência.

Além de Freud, Winnicott foi muito influenciado pelas ideias kleinianas. Ele queria realizar sua segunda análise com Klein, mas, para sua frustração, ela recusou-se a tratá-lo, pois queria que ele analisasse seu filho Eric. Assim, sua segunda análise foi com Joan Riviere, pertencente ao grupo de Melanie Klein. Essa análise durou um período mais curto, de 1936 a 1941, com diversas interrupções devido às doenças de sua analista, além de ter sido bastante conturbada.

Também, entre 1935 e 1941, foi supervisionado por Melanie Klein. O encontro com Melanie Klein aconteceu por sugestão de James Strachey e foi – como Winnicott mesmo reconhece em vários momentos de sua obra – fundamental para o desenvolvimento de suas ideias:

Tornou-se um momento importante em minha vida aquele em que meu analista interrompeu minha análise e me falou de Melanie Klein. Ele tinha ouvido falar de

minha obtenção cuidadosa da história clínica e de minha tentativa de aplicar o que obtinha de minha própria análise aos casos de crianças trazidas a mim por causa de tudo que era espécie de doença pediátrica. Investiguei especialmente o caso de crianças trazidas por causa de pesadelos. Strachey me disse: “Se está aplicando teoria psicanalítica a crianças, deveria travar conhecimento com Melanie Klein. Ela foi atraída à Inglaterra por Jones para fazer análise de alguém muito especial para Jones (os filhos de Jones e posteriormente sua esposa); ela está afirmando algumas coisas que podem ou não ser verdade, e deve descobrir por si mesmo, pois não conseguirá o que Melanie Klein ensina em minha análise com você.” (Winnicott, 1962c, p. 157-158).

A partir do momento em que Winnicott começou a tratar de forma mais crítica o trabalho de Klein, ela e Riviere passaram a se comportar de forma mais hostil, o que pode ser confirmado pelos escritos de Winnicott ao comentar seu interesse com Riviere:

Eu disse à minha analista: “Estou quase pronto para escrever um livro sobre o ambiente”. E ela disse: “Escreva um livro sobre o ambiente e eu te transformo num sapo!” É claro que ela não usou essas palavras, veja bem, mas foi assim que o que ela disse repercutiu em mim. (Winnicott, citado em Kahr, 1996, p. 76).

Ou ainda, em uma carta a Riviere, quando ele expressa sua indignação com Klein e com sua analista:

(...) O problema quando eu converso com Melanie sobre sua teoria da primeira infância é que eu sinto como se eu estivesse falando de cor a daltônicos. Ela simplesmente diz que não se esqueceu da mãe e do papel que a mãe desempenha, mas na verdade eu acho que ela não mostrou nenhuma evidência de entendimento do papel da mãe no início da vida. Devo dizer que isto é bastante ousado, pelo fato de eu nunca ter sido uma mãe e, ela, é claro que sim... (Winnicott, citado em Rodman, 2003, p. 127, tradução minha).

Em Rodman (2003) também encontramos a transcrição de uma entrevista em que Hanna Segal afirma que Winnicott, além de Melitta (filha de Klein), era a outra pessoa que Klein jamais atacou durante as controvérsias, apesar de toda a divergência teórica e técnica entre os dois.

Observarmos que, desde o início, Klein concentrou-se no mundo interno. Winnicott certamente se interessava pelo mundo interno, mas optou por observar o modo como o ambiente familiar propicia ou inibe o desenvolvimento emocional da criança. A atenção de Winnicott não apenas ao mundo interno como também ao ambiente externo era característica de seu trabalho. Isso pode ser ilustrado com a tão citada reunião da Sociedade Britânica de Psicanálise quando, durante um bombardeio, ele levanta e diz: “Eu gostaria de mencionar que está havendo um ataque aéreo” (Winnicott, citado em Little, 1985, p. 19), demonstrando que para ele é importante o contexto em que os fenômenos acontecem. Ou ainda na sua afirmação de que o bebê não existe sozinho, pois quando se vê um bebê também se vê a mãe, os cuidados maternos, o ambiente, desta forma, “*não podemos descrever o bebê sem descrever o meio ambiente*” (Winnicott, 1969-70, p. 197, *itálicos do autor*).

Enfim, em todo seu trabalho, ele apresenta e reafirma a impossibilidade de se pensar o ser humano desconectado de seu meio e da sua relação com os outros. Saliento, também, que ele elabora sua teoria procurando manter “abertas as pontes que levam da teoria mais antiga a mais nova”, de tal forma que se possa estudar o meio ambiente sem perder tudo o que fora ganho pelo estudo dos fatores internos (Winnicott, 1969-70, p. 198). Com relação ao conceito de ambiente, em Winnicott, e suas implicações para a clínica, encontramos uma análise mais detalhada em Araújo (2005 e 2007).

Apesar da resistência de Klein e de Riviere às ideias de Winnicott, o que pode ser observado nas correspondências entre os três (ver Rodman, 2003), ele passa a desenvolver sua teoria de forma cada vez mais criativa e independente da teoria de Klein, de forma que, durante as controvérsias teóricas que envolveram a Sociedade Britânica de Psicanálise entre 1941-1945, aproximou-se do chamado “Grupo do Meio” (*Middle Group*), denominado posteriormente de

“Grupo Independente”, que contou com figuras importantes como Michael Balint, John Bowlby, Pearl King, Margaret Little, Marion Milner, dentre outros.

Além da influência freudiana e kleiniana no pensamento de Winnicott, temos a ferencziana. Sándor Ferenczi, um autor que dava destaque à postura do analista, deixando em segundo plano as interpretações, especialmente quando lidava com pacientes em estados psicóticos, e, também, o precursor da ênfase, em análise, às regressões e ao jogo, como evidenciam Figueiredo (2002) e Kupermann (2008), aspectos muito presentes na obra de Winnicott, como será discutido adiante.

Entre 1939 e 1962, Winnicott participou de cerca de cinquenta programas de rádio pela British Broadcasting Corporation (BBC). Nas transcrições desses programas, percebemos a capacidade de ele se comunicar de uma forma educada e espontânea com os pais e de oferecer-lhes apoio, sem degradar a habilidade natural para compreender os próprios filhos, o que é observado também nos seus primeiros trabalhos teóricos, que datam da década de 40. Nesses artigos, ele procurava valorizar o saber das mães, assinalando a importância de devolver o saber sobre as crianças às mães, colocando em questão a relação mãe e bebê justamente em um momento quando o saber médico apresentava, cada vez mais, técnicas de cuidado infantil.

Com relação à sua produção teórica, Winnicott escreveu extensamente, tendo contribuído com a psicanálise tanto teórica quanto tecnicamente. Dentre suas contribuições temos a teoria do amadurecimento emocional, a noção de *holding*, de espaço potencial, de mãe suficientemente boa, de criatividade. Sua linguagem é marcada pela habilidade em escolher palavras do cotidiano para exprimir ideias complexas, utilizando falas próximas da experiência de seus pacientes. Dessa forma, seus textos carregam em si um paradoxo de serem ao mesmo tempo bastante simples e muito complexos.

E, por falar em paradoxo, essa é uma característica marcante no seu pensamento. Diversos de seus postulados são paradoxais, seja no fenômeno da ilusão, quando a criança acredita que tem o controle onipotente sobre o mundo externo, seja teorizando a criatividade, quando a criança cria o que já existe, seja nos fenômenos transicionais que representam ao mesmo tempo o objetivo e o subjetivo, dentre outros. Nesse sentido, ele solicita do leitor que “o paradoxo seja aceito, tolerado e respeitado, e não que seja resolvido” (Winnicott, 1971a, p. 10).

No que diz respeito à clínica com crianças, destaco dois trabalhos inovadores: “Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil” (1971d), onde realiza uma ou duas consultas terapêuticas utilizando o jogo do rabisco (*squiggle game*) e “*The Piggle*: relato do tratamento psicanalítico de uma menina” (1977), onde realiza uma psicanálise segundo a demanda da criança.

Winnicott sofreu pelo menos três trombooses coronárias entre 1949-1950, que coincidem com a morte de seu pai em 1948, com seu divórcio de Alice em 1949 e com o suicídio de um paciente em 1950. Cerca de seis meses antes de falecer, coordenou um seminário para um grupo de jovens pastores que pediram auxílio para diferenciar as pessoas que podiam se beneficiar com o aconselhamento pastoral daqueles que precisariam de uma intervenção terapêutica mais profunda, aos quais respondeu:

Se uma pessoa vem falar com vocês, e ao ouvi-la, você sente que ela o está entediando, então ela está doente e precisa de tratamento psiquiátrico. Mas se ela mantém o seu interesse independente da gravidade do conflito ou sofrimento, então você pode ajudá-la. (Winnicott, citado em Khan, 1986, p. 01)

Finalizo este subtítulo com a introdução que Masud Khan fez para o livro “Da pediatria à psicanálise”. Nesse texto, encontramos uma bela passagem, onde Khan relata diferentes aspectos de Winnicott: o clínico, o homem e o teórico, o que talvez só pudesse ter sido realizado pelo

próprio Khan, em virtude de ter sido analisado por Winnicott, auxiliado na organização de suas obras e passado longas horas de domingo em sua companhia.

Quando olho para trás, para os quase 20 anos de meu trabalho com Winnicott, o que me surge vividamente é a sua postura corporal relaxada e a sua suave concentração. Winnicott prestava atenção com o corpo todo, e tinha um olhar perspicaz e respeitoso, que nos focalizava com um misto de dúvida e aceitação. Uma espontaneidade de criança impregnava os seus movimentos. Mas ele podia também ficar muito quieto, inteiramente controlado e quieto. Jamais conheci outro analista que fosse tão inevitavelmente ele mesmo. Era essa característica de ser inviolavelmente ele mesmo que lhe permitiu ser tantas pessoas diferentes para tanta gente. Cada um de nós que o conhecemos tinha o seu *próprio* Winnicott, e ele jamais atropelou a idéia que o outro fazia dele pela afirmação de seu modo pessoal de ser. No entanto, permanecia inexoravelmente Winnicott. (...)

Consideremos agora Winnicott, o teórico. Ele havia sido criado na tradição de seu povo, os ingleses. Para ele os fatos eram a realidade, e as teorias – o titubear humano buscando apreender os fatos. Ele era militantemente avesso aos dogmas. Winnicott era não-conformista desde o berço; nada era estabelecido ou absoluto. Cada qual deveria buscar e definir a sua própria verdade. O que havia de estabelecido era o espectro da experiência. (Khan, 1975, p. 11-12).

Holding, manejo (handling) e Interpretação

Uma vez realizada a introdução ao pensamento de Winnicott, passo agora para algumas de suas contribuições teórico e clínicas. Primeiramente, discuto a questão do *holding* e da interpretação. Antes, porém, vale esclarecer algumas diferenças no pensamento de Freud e no de Winnicott que levaram esse último a desenvolver o conceito de *holding*.

A partir de sua prática clínica, Winnicott (1965) esclarece que a psicose está relacionada a aspectos primitivos do desenvolvimento emocional e a períodos anteriores ao complexo de Édipo. Enquanto Freud acredita que a etiologia dos “distúrbios psíquicos” está relacionada ao conflito edípico, e Klein às primeiras relações objetais, Winnicott afirma que está relacionada a

uma falha ambiental nos primeiros momentos de vida e é anterior ao estabelecimento do sujeito enquanto um ser único e integrado.

Ao pensar a etiologia da psicose relacionada primeiramente ao ambiente e só depois à criança, Winnicott substitui a etiologia tradicional baseada nos conceitos de pulsão e de conflito interno pela baseada nos de necessidade e de ambiente, levando-o a estudar os períodos mais primitivos do processo maturacional. Ele explica que “os processos que constituem a doença mental esquizofrênica são os processos da maturação infantil inicial, porém às avessas” (Winnicott, 1963d, p. 217), e ainda que, ao atender crianças tendo como base a abordagem psicanalítica, ele pôde “confirmar a origem das neuroses no complexo de Édipo, mas mesmo assim sabia que as dificuldades começavam antes.” (Winnicott, 1962c, p. 157).

Ele esclarece que Freud desenvolve a psicanálise a partir de determinadas situações clínicas, em que é possível se chegar ao complexo de Édipo e lidar com relacionamentos interpessoais. Para ele, os casos clínicos de Freud tinham recebido os cuidados adequados na primeira infância e as experiências infantis do próprio Freud foram suficientemente boas, fazendo com que, em sua autoanálise, ele tomasse a maternagem do bebê como algo dado. Freud, então, analisa a si mesmo enquanto “pessoa total e independente, e seu interesse dirigiu-se para as ansiedades pertencentes aos relacionamentos interpessoais.” Assim, temos um ser humano completo, relacionando-se com seres humanos completos (Winnicott, 1954-5, p. 381).

Graças ao seu trabalho com mães e bebês, Winnicott descobre a diferença entre um ambiente bom e um ambiente que falha. Ele depara com situações clínicas anteriores ao complexo de Édipo, nas quais o indivíduo ainda não se constituiu como pessoa integrada e separada, não consegue viver no corpo e se relacionar com objetos. Aqui, temos agonias impensáveis, e não ansiedades de castração ou de separação. São casos clínicos que não

obtiveram um “ambiente suficientemente bom”, a partir do qual o sujeito pudesse se constituir. São pacientes até então não acolhidos pela psicanálise clássica.

Para Winnicott, a teoria do desenvolvimento emocional primitivo guia a compreensão dos fenômenos humanos com os quais nos deparamos na clínica. Assim, ele solicita que sejamos capazes de localizar o estágio maturacional, no qual o sofrimento do paciente teve origem, pois, desse modo, compreendemos a natureza do adoecimento, procedendo de forma adequada em relação aos cuidados que devem ser conduzidos de acordo com as necessidades do paciente.

Nesse sentido, Winnicott escreve dois artigos: “Variedades clínicas da transferência” (1954-5) e “Tipos de psicoterapia” (1961a), onde propõe três variedades de clínicas com base em diferentes registros de sofrimento, decorrentes de diferentes momentos de falhas no processo maturacional e que demandam modos distintos e específicos de trabalho clínico. Dessa forma, percebemos que o autor utiliza a classificação diagnóstica para se localizar em relação às demandas do sujeito e para o tipo de psicoterapia necessária.

A primeira variedade refere-se a pacientes que funcionam como pessoas inteiras, em que as dificuldades se localizam no âmbito dos relacionamentos interpessoais. Nesse caso, a técnica de trabalho é a mesma desenvolvida por Freud, pois estamos lidando com “psiconeurose” e as ideias surgem de forma simbólica. Recorremos então à análise clássica freudiana, utilizando como ferramenta básica a interpretação da transferência com o intuito de trazer à luz o material inconsciente recalcado.

A segunda é a clínica com pacientes que começaram a se integrar, mas que ainda não conquistaram a estabilidade no seu sentido de unidade. Segundo Winnicott (1961a), esses pacientes poderiam reivindicar, com todo o direito: “Tudo ia bem até que... e minha vida pessoal não pode mais se desenvolver, até que o ambiente reconheça seu débito para comigo.” (p. 81).

São pacientes dominados por uma área de deprivação (*deprivation*), que reivindicam aquilo que lhes foi dado e depois tirado, podendo ser neuróticos ou psicóticos, mas, de maneira geral, encontramos nessa clínica uma tendência antissocial, já que, para o autor, o abandono e a deprivação estão na base da tendência antissocial e da delinquência. A análise, nesse caso, tem a ver não só com a aquisição de uma unidade como também à junção do amor e do ódio e ao reconhecimento da dependência. O elemento mais importante aqui é a sobrevivência do analista na condição de fator dinâmico. A técnica, nesse tipo de trabalho, não difere da primeira categoria, mas surgem novos problemas com relação ao manejo; temos, assim, a junção do manejo aos princípios da análise clássica.

A terceira é a clínica com pacientes, cuja análise precisa lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional e relaciona-se a uma falha em períodos anteriores ao estabelecimento da personalidade como uma entidade. Essa “falha básica”, como Balint (1968) denominou, pode produzir estados autísticos, psicóticos ou falsos *self*, em que a estrutura pessoal ainda não está integrada e é anterior à aquisição da unidade pessoal em termos de espaço e tempo. Nesse caso, a ênfase recai sobre o manejo clínico e o estabelecimento do *setting*. Essa clínica é caracterizada por uma complexa organização de *holding* que permite, sem necessariamente recorrer à interpretação, a regressão à dependência.

Ao descrever essas variedades clínicas, Winnicott (1961) ressalta que essa categorização pode envolver uma simplificação grosseira de uma questão muito complexa, pedindo-nos cuidado quanto a essa classificação. Ele ainda ressalta a necessidade de o analista “ser capaz de passar de um tipo de psicoterapia para o outro com facilidade, e até fazer os três tipos ao mesmo tempo, se necessário.” (p. 85). Nesta tese, foco os estudos relativos ao terceiro tipo de clínica,

mais especificamente aos estados autísticos e psicóticos, realizando, agora, uma reflexão sobre a questão do *holding*, que é uma das funções do analista nessa clínica.

Winnicott (1945), através do estudo do desenvolvimento emocional primitivo, pôde observar que o bebê, em um determinado momento, ainda não está diferenciado e possui uma dependência absoluta do meio ambiente. Isso o auxiliou a compreender alguns dos momentos que ocorrem ao longo da análise de seus pacientes psicóticos.

Winnicott (1955-6) observa que “na análise dessas fases (fases ou momentos psicóticos) não é possível considerar o ego uma entidade estabelecida. Não pode, então, existir também uma neurose de transferência, para a qual certamente é preciso que haja um ego.” (p. 394). Ele afirma que quando há “um ego intacto e o analista pode ter certeza sobre a qualidade dos cuidados iniciais, o contexto analítico revela-se menos importante que o trabalho interpretativo.” (p. 395). Nesse caso, realizamos uma psicanálise clássica, na qual o objetivo do trabalho de análise consiste em trazer para a consciência aquilo que estava inconsciente por meio da interpretação da experiência que ocorre na relação transferencial.

Contudo, na análise de pacientes psicóticos, eles “não esperam que a análise os torne mais conscientes, mas aos poucos eles podem vir a ter esperança de que lhes seja possível sentir-se reais.” (Winnicott, 1988, p. 79). Nesse caso, o *setting* torna-se mais importante que a interpretação, e a manutenção de uma situação adaptativa ao ego é fundamental.

Temos, assim, dois tipos de clínica, o que leva Winnicott (1954-5) a dividir a contribuição de Freud em duas partes: 1) a técnica psicanalítica, na qual o material do paciente deve ser compreendido e interpretado e 2) o *setting*, no qual esse trabalho é realizado. Apesar de atencioso em relação aos detalhes do *setting*, Freud não teoriza tendo o *setting* como foco, o que,

em contrapartida, é realizado por Winnicott, ao considerá-lo essencial na clínica com pacientes psicóticos.

Margaret Little (1990), ao relatar sua análise pessoal com Ella Sharpe e com Winnicott, revela-nos as diferenças entre esses dois tipos de trabalho, demonstrando também o sofrimento decorrente do acolhimento baseado apenas nas interpretações de conflitos edípicos. Ao longo desta tese utilizo alguns trechos do livro de Little por acreditar que seus relatos são valiosos, já que eles expõem sua experiência analítica, descrevem com clareza as sensações por ela denominadas como fazendo parte de uma “ansiedade psicótica”, ilustram a técnica de trabalho de Winnicott e são um exemplo clínico acerca das construções teóricas desse autor.

Em sua primeira sessão com Sharpe, Little fica deitada rígida no divã, incapaz de falar e de se mover. Como sua analista fica calada, a paciente grita: “Isto não pode ser real”, lembrando-se de sua visão quase alucinatória, na qual Sharpe está envolta em uma espécie de névoa cinzenta, como uma aranha em uma teia formada por seus cabelos. Little relata que a analista interpreta seu medo como uma ansiedade de castração, o que fez sentido, mas não justificou “a intensidade de meu pânico, que era muito mais que qualquer terror mortal ou medo da morte”. A agonia de Little “era de uma total destruição, de ser fisicamente mutilada, ficar irremediavelmente louca, ser morta, abandonada e esquecida por todo mundo como alguém que nunca existira.” (p. 34).

Little resume o quadro global de sua análise com Sharpe, afirmando que era o de uma luta constante entre ambas. A analista insistia em um conflito intrapsíquico relacionado à sexualidade infantil, e a paciente nas questões de existência e de identidade. “Eu não sabia “quem era”; a sexualidade (mesmo conhecida) era totalmente irrelevante e sem sentido, a menos

que a existência e a sobrevivência pudessem ser tidas como certas, e a identidade pessoal pudesse ser estabelecida.” (p. 35).

Essa situação leva Little de volta à confusão e à ambivalência que experimentara com sua mãe, que não havia sido capaz de lhe fornecer um ambiente onde fosse seguro estar. Ela continua relatando:

Certa vez falei sobre como queria “ser alguém”, referindo-me a ser uma verdadeira pessoa, não ninguém, ou uma “não-pessoa”, como achava que era. Isso foi interpretado como um desejo meu de tomar o lugar da minha mãe, de *ser* a minha mãe fisicamente, em seu relacionamento sexual e capacidade reprodutora. O que eu realmente temia era a possibilidade de descobrir que era uma “cópia vulgar” da minha mãe ou da Srta. Sharpe (o que dava no mesmo), mas não conseguia fazê-la entender isso, ou que o risco era real. (...) Então eu estava duplamente presa à “teia de aranha”; *eu* era a louca, não minha mãe; *ela* era a que “sabia”, como minha mãe, não eu, sempre soubera; enquanto o *meu* reconhecimento da minha psicose e da psicose da minha mãe era desprezado como fantasia. Eu estava novamente no confuso “País das Maravilhas” ou no mundo dos “Espelhos” da minha infância, onde simultaneamente eu “imaginava coisas” e “não tinha imaginação”, onde só podia saber o que via e sabia, e “não sabia nada”. (p. 36, *itálicos da autora*).

Por outro lado, em sua análise com Winnicott, Little relata que pôde seguir seu próprio ritmo, ele “permitiu que eu fosse eu mesma, vivesse um ritmo próprio, enquanto anteriormente havia sido alternadamente impulsionada e contida, de modo que nem o ritmo nem as contradições eram meus.” (p. 49). Ela revela que as sessões com Winnicott eram caracterizadas por poucas interpretações e pelo *holding* que é ilustrado por ela metafóricamente e literalmente:

Metaforicamente ele estava *controlando (holding) a situação*, dando apoio, mantendo contato em todos os níveis com qualquer coisa que estivesse acontecendo, dentro e ao redor do paciente e no relacionamento com ele.

Literalmente, durante intermináveis horas ele segurou as minhas duas mãos apertadas entre as dele, quase como um cordão umbilical, enquanto eu ficava deitada, freqüentemente escondida debaixo do cobertor, calada, inerte, retraída, apavorada, com raiva ou em lágrimas, dormindo e às vezes sonhando. (p. 46, *itálicos da autora*)

De forma similar ao relato de Little, observamos na clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos a importância da instauração, na situação analítica, do que Winnicott denomina de *holding*.

A noção de *holding* é de extrema importância para a clínica com essas crianças e pode ser compreendido como acolhimento, contenção e sustentação. É acolher, conter e sustentar determinadas experiências ao longo de um tempo sem interromper a experiência do paciente. Significa oferecer um ambiente que permita o processo de integração do sujeito.

Para Winnicott (1963d), “esse *holding*, como a tarefa da mãe no cuidado do lactente, reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre.” (p. 217). Se o *holding* é encontrado, esses sentimentos agonizantes podem ser transformados em experiências positivas. Safra (1995) explica que, nesse caso, a desintegração pode ser vivida como um relaxamento e um repouso, cair para sempre passa a ser a alegria no movimento de ser carregado, morrer transforma-se em uma boa sensação de estar vivo, enfim, o *holding* fornece ao indivíduo a confiança na realidade e nos contatos humanos.

Em casos extremos, talvez seja necessário que, em algum momento da análise, o *holding* assuma uma forma física, como no caso de Little, mas Winnicott (1954) relaciona esse cuidado com a compreensão do sofrimento do paciente e da expressão dessa compreensão, de modo que o paciente sinta-se sustentado pelo analista: “toda vez que compreendemos profundamente um paciente, e o mostramos através de uma interpretação correta e feita no momento certo, estamos de fato sustentando o paciente.” (p. 354).

Além do relato de Little, Winnicott (1972) ilustra a função do *holding*, ao descrever o caso clínico de um paciente de trinta anos, casado, com dois filhos, que é atendido em dois momentos de análise. Nesse caso, o autor relata diferentes sessões que realiza com o paciente,

revelando a função do *holding* tanto na sustentação do processo analítico – sustentando ao longo do tempo as experiências do paciente – quanto na integração dessas experiências no tempo e no espaço.

Em alguns momentos, as interpretações de Winnicott visavam a integrar as experiências ocorridas tanto no ambiente analítico quanto no externo. Observamos isso no seguinte relato de Winnicott, relativo a uma sessão, onde o paciente fica esperando três minutos devido à campainha estar enguiçada. Ao entrar no consultório, o paciente relata uma fantasia de retraimento, na qual ele estava muito aborrecido com um cirurgião que havia deixado uma cirurgia pela metade.

Paciente: Não porque o cirurgião estivesse com raiva do paciente. O paciente estava sem sorte; estava sendo operado quando o cirurgião entrou em greve.

Analista: Relacionei essa fantasia com a reação ao fim de semana após a aceitação do meu papel na dependência. Falei do enguiço da campainha, mas isso era relativamente pouco importante, ao passo que as grandes interrupções do paciente estavam ligadas ao que ele dissera no final da sessão anterior, ou seja, que eu talvez não fosse capaz de suportar todas as suas necessidades de uma extrema dependência comigo (...). O efeito dessa interpretação foi marcante; a análise tornou-se viva e permaneceu assim durante toda a sessão. (Winnicott, 1972, p. 34).

Em seus textos, Winnicott revela que, na clínica com pacientes em estados psicóticos, antes de fornecer interpretações, o objetivo da análise é proporcionar um “ambiente suficientemente bom”, que se adapte à necessidade do paciente e dos seus processos de maturação, de modo que se permita o surgimento de um ego, o abandono de organizações defensivas e a retomada do processo de amadurecimento. Dessa forma, a análise é vista como a satisfação das necessidades com base na noção de *holding*, mostrando outra forma de trabalho, onde, até então, o principal instrumento de trabalho era a interpretação.

Winnicott coloca que, em determinadas situações clínicas, as interpretações relativas aos conteúdos das sessões produzem um efeito nocivo quando se considera, por exemplo, a intrusão que uma interpretação transferencial clássica representa ao apresentar o analista como um outro, como um não eu, para um paciente que o necessita, ainda, como fazendo parte de si mesmo. Nesse caso, o analista “teria sido um mau analista fazendo uma boa interpretação.” (Winnicott, 1962-63b, p. 228).

Winnicott utiliza a noção de ambiente *holding* para descrever o *setting* analítico. Em termos de relação analítica, é a atenção dispensada pelo analista, juntamente com o trabalho interpretativo, que criam o ambiente de *holding* que norteia as necessidades psicológicas e físicas do paciente.

A partir da visão winnicottiana de que o sujeito se constitui criando, Safra (1996) ressalta que o próprio *setting* será fruto da capacidade criadora do paciente e do analista e, nesse sentido, cada análise terá de ser conduzida a partir do encontro dessas duas subjetividades e o *setting* não poderá ser definido a priori. Observamos, assim, que dependendo do trabalho de análise, a ênfase pode estar não na interpretação, mas no *holding* e no “manejo”.

Abram (1996) define manejo como o termo utilizado em relação ao cuidado dispensado a pacientes psicóticos no *setting* analítico e na relação analítica. O manejo aponta para o conjunto de comportamentos do analista que compreendem o *holding* do paciente em regressão à dependência.

Safra (1995) explica que manejo é caracterizado por fornecer um *setting* ao paciente para que ele possa estar tranquilo e livre de invasões, é dar ao paciente o que ele necessita, mas não é satisfazer os desejos do paciente.

Kupermann (2008) explica que o manejo winnicottiano não equivale à concepção freudiana de manejo na neurose de transferência. Segundo o autor, nessa última, o analista busca dosar a quantidade ótima de frustração de maneira a dar prosseguimento à associação livre. Já, em Winnicott, manejo refere-se “à possibilidade de o analista adaptar-se suficientemente bem aos modos de subjetivação do analisando, criando um ‘contexto analítico’ adequado.” (p. 97).

Com as noções de manejo e de *holding*, questões relativas ao *setting*, que antes eram tidas como técnicas – horário, periodicidade, férias, organização física do *setting* –, passam para primeiro plano e tornam-se ferramentas de trabalho. Temos assim uma nova compreensão sobre o que acontece dentro do trabalho de análise:

O divã e as almofadas estão lá para que o paciente os use. Aparecerão em pensamentos e em sonhos, e nesse caso representarão o corpo do analista, seus seios, braços, mãos etc., numa infinita variedade de formas. Na medida em que o paciente está regredido (por um momento ou por uma hora, ou por um longo período de tempo), o divã *é* o analista, os travesseiros *são* os seios, o analista *é* a mãe em certa época do passado. (Winnicott, 1954-5, p. 385, *itálicos do autor*).

Verificamos que na clínica winnicottiana, *setting* é compreendido de uma forma diferente. Ele é importante não apenas como lugar que possibilita a compreensão do psiquismo e que revela as dimensões do inconsciente, mas também como lugar suficientemente bom no que diz respeito à adaptação às necessidades do paciente, e que proporciona um ambiente *holding*.

Hisada (2002), ao realizar um estudo sobre o *setting* em Winnicott, mostra que o *setting* também é compreendido como metáfora de cuidados maternos. Ele é um lugar que propicia o desenvolvimento e onde acontecem as relações de transferência e contratransferência. Assim, o *setting* é um lugar de acontecimento e de experiência viva e não é constituído com base no

modelo onírico como em Freud. Ele inclui o analista e é um ambiente que evoca estabilidade, confiança e esperança para que o paciente possa vir a se constituir como sujeito.

O modelo da “mãe suficientemente boa” como norteador da transferência

Passo agora ao conceito da “mãe suficientemente boa”, tomando-o como modelo norteador para pensar a noção de transferência em Winnicott e a transferência nos estados autísticos e psicóticos. Introduzo este subtítulo com outra passagem de Little sobre sua análise com Winnicott:

Para mim, D.W. não *representava* a minha mãe. Em minha ilusão de transferência, *ele* realmente *era* a minha mãe. Como na verdade há continuidade entre mãe e feto, genética e física, para mim as mãos dele *eram* o cordão umbilical, seu divã a placenta e o cobertor as membranas, tudo muito abaixo de qualquer nível *consciente* até um estágio muito posterior. A ilusão nunca fora mencionada – eu mesma a reconheci muito tempo depois – mas com seu comportamento D. W. a aceitou tacitamente, satisfazendo-me nesse nível, mas ao mesmo tempo, mantendo sua própria maturidade e realidade. (Little, 1990, p. 95-96, *itálico da autora*).

Acredito que esse trecho do relato de Little ilustra uma das características da relação transferencial na clínica com pacientes em estados psicóticos, na qual o modelo da “mãe suficientemente boa” é o norteador da transferência. Nesse sentido, Winnicott explica que:

(...) para Freud existem três pessoas, uma delas fora do consultório analítico. Quando existem apenas duas pessoas, terá ocorrido uma regressão do paciente no contexto, e o contexto representa a mãe com sua técnica, sendo o paciente um bebê. Há um estado seguinte de regressão, no qual apenas uma pessoa está presente, ou seja, o paciente, e isto é verdade mesmo que num outro sentido, do ponto de vista do observador, existam ali duas pessoas. (Winnicott, 1954-5, p. 383).

Nessas duas passagens, observamos que, na relação transferencial, a dinâmica mais poderosa está no relacionamento de duas pessoas, baseado no que originalmente era o lactente e a mãe. Aqui, a relação analítica assume características fundamentais da relação primitiva mãe e bebê, já que Winnicott relaciona a dependência na transferência à dependência aos estágios de cuidado infantil.

Para Winnicott (1956), a “mãe suficientemente boa” é a mãe que ingressa em estado de “preocupação materna primária” que, identificada com seu bebê consciente e inconscientemente e em um estado de sensibilidade exacerbada, consegue uma adaptação sensível, ativa e delicada às necessidades do bebê. A “mãe suficientemente boa” também diz respeito à adaptação da mãe às necessidades do bebê, que o torna capaz de ter uma experiência de onipotência que anula sua real condição de fragilidade e de insuficiência, experiência que cria a ilusão necessária a um desenvolvimento saudável.

Neste trabalho, penso não apenas a mãe no estado de preocupação materna primária, mas também o analista que se coloca no lugar do paciente, como a mãe faz com seu bebê, sem se confundir com ele, em um estado de identificação que o capacite a cuidar do paciente. Dessa forma, temos um cuidado no sentido da adaptação do analista às necessidades do paciente.

Ao utilizar o modelo da “mãe suficientemente boa” como norteador da transferência, o analista precisa estar identificado ou mesmo fundido com o paciente, mas também permanecer orientado para a realidade externa. É estar identificado e, ao mesmo tempo, cuidando do paciente, o que só é possível por meio da transicionalidade, ou seja, depende da capacidade de o analista manter o espaço potencial, tema que será discutido posteriormente. Ele explica que, nas situações de interrupção precoce no processo de desenvolvimento, o trabalho de análise deve

criar um *setting* onde o paciente possa ter experiências semelhantes à maternagem, mas agora na presença de um ambiente propício ao amadurecimento saudável.

Para Winnicott, é por meio das funções maternas de *holding*, de *handling* (manejo) e de “apresentação de objeto”, nas fases mais primitivas, que a “mãe suficientemente boa” oferece condições favoráveis para o desenvolvimento dos processos de integração, de personalização e de realização, respectivamente. Com a função materna do *holding*, a “mãe suficientemente boa” permite o processo de integração, no qual o ego se integra em uma unidade e temos o “eu sou” e o início da constituição do si mesmo. Com o *handling* (manejo), ocorre a “personalização”, isto é, a interação dos aspectos da psique e do soma, a partir da qual o bebê adquire a capacidade de habitar o próprio corpo. Já com a “apresentação de objetos”, a mãe auxilia o bebê na capacidade de viver a ilusão de onipotência de que o mundo é uma criação sua.

No caso de Little, percebemos essas funções sendo realizadas por Winnicott. Por exemplo, com relação à apresentação de objeto, a experiência de Little era a de que seu analista era sua mãe, e ele permitia que ela assim o visse, sem mencionar sua ilusão, pois isso seria uma intrusão que retiraria a possibilidade de ela vivenciar essa experiência de Winnicott ser sua mãe em nível ilusório. Essa postura também ilustra o manejo (*handling*) e o *holding*, já que eles visam a sustentar uma situação; no caso, a sustentar a necessidade de ilusão de Little, para que, no momento adequado, ela estivesse preparada para a experiência de desilusão e pudesse, ela mesma, reconhecer sua ilusão, o que de fato aconteceu:

Em um determinado momento, tive de descobrir que na realidade ele não era (a sua mãe); que não éramos idênticos, ou contínuos; e que ele tampouco era uma parte de mim mesma que eu havia projetado. Eu não podia fazê-lo ser nada disso, exceto nas minhas fantasias; ele passou a ficar fora da “área da minha onipotência” e a ser percebido objetivamente. (Little, 1990, p. 103-104).

Em seguida, ela continua afirmando que pôde “descobrir a parcela mínima de verdade que existe por trás de todas as ilusões”, explicitando o pressuposto presente no trabalho de Winnicott de que a ilusão é um campo de constituição, no qual a ilusão está sob o domínio onipotente do paciente, mas também tem uma “parcela mínima de verdade”, ou seja, a ilusão veicula uma verdade que pode ser conhecida e, nessa perspectiva, a ilusão não é tomada apenas como um falseamento da realidade.

Uma vez que o analista não é uma mãe que cuida de um bebê, não cabe a ele a utilização de técnicas de maternagem com os pacientes. Apesar de ele identificar-se na transferência com o paciente e com as suas necessidades primitivas, assim como ocorre com a mãe no estado de “preocupação materna primária”, ele precisa manter-se na posição de analista para poder cuidar de forma confiável. Ser confiável é agir na transferência como um ambiente facilitador, dirigindo sua atenção para aquilo que o paciente necessita, mas isso não significa suprir as necessidades do paciente. Caso o analista ultrapasse esse limite, ele estará sendo o substituto da mãe verdadeira e não um “analista suficientemente bom”, assim como a mãe extremamente boa não é uma “mãe suficientemente boa” para o desenvolvimento do bebê.

Não se trata também de restaurar experiências, mas de o indivíduo colocar sua experiência sob o domínio do eu. Por mais que Winnicott possibilite a Little viver a experiência de ilusão de que ele é sua mãe, ele jamais será ou tentará ser a mãe, já que o importante é o paciente reconhecer o que foi sua mãe, podendo fazer referência ao vivido. Em outras palavras, o importante não é o analista estar no lugar da mãe do paciente, mas reconhecer suas necessidades, proporcionando condições para o indivíduo reconhecer e apropriar-se de sua história.

Winnicott (1962-63b) alerta que essa situação clínica não é uma experiência corretiva na transferência, o que seria uma contradição, na medida em que a transferência ocorre através do

processo psicanalítico inconsciente do paciente e depende, para o seu desenvolvimento, da interpretação do analista, que é sempre relativa ao material apresentado pelo paciente. Porém, “a prática de uma boa técnica psicanalítica *pode* por si só ser uma experiência corretiva e, por exemplo, na análise um paciente pode, pela primeira vez na vida, conseguir a atenção total de outra pessoa (...) ou estar em contato com alguém que é capaz de ser objetivo.” (p. 232-3, *italico* do autor).

Com relação ao modelo da mãe suficientemente boa como norteador da transferência, Safra (2004e) ressalta a necessidade de discriminar o que é específico da relação mãe e bebê do que é específico do processo de desenvolvimento como um todo, pois o que se revela na transferência não é necessariamente apenas dessa relação. Nessa discriminação, a transferência é relacionada aos períodos do desenvolvimento em que o paciente teve maiores dificuldades ou em que ocorreu uma falha ambiental precoce. Assim, os cuidados maternos e o modelo da mãe suficientemente boa são tomados como metáfora para pensar a função do analista.

Por exemplo, em “*Holding* e interpretação”, Winnicott (1972) ilustra uma situação clínica, na qual ele é colocado na função transferencial paterna. Nesse caso, em virtude da história de vida do paciente ser marcada pela ausência da figura paterna, o paciente não pôde fazer uso de sua figura. O analista, ao ocupar o lugar transferencial do pai, pôde facilitar a retomada do processo de constituição desse paciente.

A partir desse ponto de vista, o analista age de acordo com o lugar que é colocado pelo paciente no processo transferencial, variando de acordo com as necessidades do paciente e tendo como norteador da transferência não apenas a relação mãe e bebê, mas todo o processo de constituição do sujeito. Winnicott ressalta que o analista compreende a natureza do sofrimento e pode fornecer os cuidados necessários ao considerar o processo de amadurecimento do indivíduo

em sua totalidade. Contudo, ele alerta para a dificuldade em saber qual a idade emocional do paciente em um dado momento da relação transferencial. Entretanto, quando o analista está identificado com as necessidades do paciente, proporcionando um “ambiente suficientemente bom”, o paciente tem a experiência de ser sustentado por um ambiente e esse ambiente (*setting*/analista) “vai sendo gradualmente percebido pelo paciente como algo que faz nascer a esperança de que o *self* verdadeiro possa finalmente ser capaz de assumir os riscos que o início da experiência de viver implica.” (Winnicott, 1955-6, p. 486).

A “regressão à dependência” na transferência

Outro ponto ressaltado por Winnicott em sua clínica é a “regressão à dependência” na transferência. Esse processo está presente em diversas análises, sendo fundamental com pacientes em estados psicóticos. Ele mostra que ela ocorre a partir da existência de uma falha ambiental e de uma crença inconsciente – que pode tornar-se uma esperança³ consciente – de que, em algum momento futuro, haverá a oportunidade para uma nova experiência, na qual a situação de falha poderá ser revivida, agora dentro de um ambiente capaz de prover a adaptação adequada.

A “regressão à dependência” está relacionada ao paciente que, estando em análise, regride à dependência em função da relação transferencial. Há um retorno a um estágio inicial do

³ Aqui, abro um parêntese com relação ao lugar que a esperança tem no pensamento de Winnicott, já que ela é um conceito fundamental na maneira como ele pensa o ser humano e o manejo da situação clínica. Safra (2003), ao falar sobre a esperança em Winnicott, explica que ela é um elemento que sustenta o próprio movimento do *self* e que coloca o indivíduo no processo de constituição de si, em devir, em uma contínua busca pelo que necessita a fim de que possa constituir-se como ser humano. Para Winnicott, o movimento de busca da experiência humana, que aparece como a esperança do por vir, seria uma tendência no processo de desenvolvimento emocional.

desenvolvimento e temos como característica básica uma organização de ego e uma ameaça de caos, tornando-se necessário que o ego se organize para que o paciente possa enfrentar o caos que se anuncia. Em outras palavras, é preciso que o paciente tenha uma capacidade interna (organização interna) que o possibilite fazer uso do fato de estar regredido. Winnicott aponta para dois aspectos dessa organização: uma falha de adaptação por parte do ambiente, que resulta no desenvolvimento do “falso *self*”; e uma crença na possibilidade de uma correção dessa falha original, representada por uma capacidade latente de regressão que envolve uma complexa organização egóica.

Little (1990) define a regressão à dependência da seguinte forma:

A regressão para a dependência é um “processo de cura” originado não no analista, mas naquela parte do analisando, seu “verdadeiro *self*”, que ainda pode esperar uma reversão do fracasso original, encontrando no analista uma adaptação suficiente para as suas necessidades. É preciso haver um “tratamento” em vez de uma “técnica”; e um comportamento intuitivo, não interpretação verbal. Mas isso não é fácil, porque envolve o analisando em uma volta assustadora ao primeiro estágio não-integrado. Há o risco de aniquilação repetida pelos estímulos aos quais ele tem de reagir fisicamente e com uma integração forçada, contra os quais ele não tem defesas e não pode compreender; de deixarem-no cair quando ele está indefeso, não havendo limites ou controle. (p. 88).

A “regressão à dependência” ocorre dentro do contexto da relação transferencial quando o ambiente *holding* é estabelecido e o paciente é capaz de depositar confiança no analista. Ela traz a possibilidade de corrigir uma adaptação inadequada, expressando na transferência a situação de fracasso inicial e a possibilidade de uma experiência de provisão ambiental adequada. Enquanto a análise clássica necessita que o analista interprete ideias e sentimentos de amor, de ódio, de ambivalência, como aparecem na neurose de transferência, a análise com pacientes em estados autísticos e psicóticos exige que o analista seja capaz de suportar e de apoiar a regressão real à dependência infantil.

Diante disso, Winnicott introduz uma nova variedade clínica de transferência, tendo a identificação primária como mecanismo fundamental, quando é esperado do analista que, em sua adaptação suficientemente boa, se transforme no objeto subjetivo de seu paciente. O analista é concebido segundo a necessidade de constituição do indivíduo que, como objeto subjetivo, dá suporte à esperança, levando Safra (2003) a afirmar que um dos lugares do analista na clínica psicanalítica é o de experiência de sonho, “sonho de si mesmo”.

Winnicott refere-se à relação transferencial nessa clínica da seguinte forma:

Uma das características da transferência neste estágio é o fato de que devemos permitir que o passado do paciente torne-se presente. (...) Enquanto na neurose de transferência o passado vem ao consultório, neste tipo de trabalho é mais correto dizermos que o presente retorna ao passado, e *é* o passado. O analista encontra-se, assim, confrontado com o processo primário do pacientes na situação em que esse processo tinha o seu valor original. (Winnicott, 1955-6, p. 396, *itálico do autor*).

Nesses casos, Winnicott (1960) traz para reflexão “a diferença entre a aceitação pelo analista da realidade da dependência, e seu trabalho com ela na transferência.” (p. 42). Nessas situações, a transferência é dominada pela necessidade de o paciente regredir à dependência, e as situações de falha ambiental aparecem na transferência, levando o paciente a reviver os estágios mais precoces na transferência com o analista.

Diante dessa situação clínica, Winnicott (1961b) afirma que o desfecho bem sucedido da análise “depende não da compreensão, pelo paciente, do significado das defesas, mas sim de sua capacidade, através da análise e na transferência, de *reexperienciar esta ansiedade intolerável* em função da qual as defesas foram organizadas.” Além da agonia, os “*colapsos clínicos reais da primeira infância* devem ser lembrados através de sua revivência na transferência.” (p. 60, *itálicos do autor*).

Winnicott (1963e) explica que, na clínica com pacientes em estados psicóticos, temos o “medo do colapso” que, na verdade, “é o *medo de um colapso que já foi experienciado*”. O medo do colapso é o medo da agonia primitiva e original (retorno a um estado não integrado, cair para sempre, perda do conluio psicossomático, perda do senso do real, perda da capacidade de relacionar-se com objetos) “que provocou a organização de defesa que o paciente apresenta como síndrome de doença.” (p. 72, *itálicos do autor*).

O autor chama a atenção para a possibilidade de que o colapso já tenha acontecido e que, assim, o paciente precisa “lembrar”. Contudo, “não é possível lembrar algo que ainda não aconteceu, e esta coisa do passado não aconteceu ainda, porque o paciente não estava lá para que ela lhe acontecesse”. Dessa forma, a única maneira de o paciente “lembrar” é “experienciar esta coisa passada pela primeira vez no presente, ou seja, na transferência. Esta coisa passada e futura torna-se então uma questão do aqui e agora, e é experienciada pelo paciente pela primeira vez.” (p. 74).

Ele revela que “existem momentos em que se precisa dizer a um paciente que o colapso, do qual o medo destrói-lhe a vida, *já aconteceu*”. A experiência original da agonia primitiva não pode cair no passado, a menos que o ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e do controle onipotente agora, presumindo a função de apoio de ego auxiliar da mãe, ou do analista (p. 73, *itálicos do autor*).

Em um tratamento bem sucedido, o paciente põe em cena o trauma ou o fracasso ambiental e o vivencia dentro da área de onipotência pessoal, o que é sempre uma vivência extremamente dolorosa para o paciente. A regressão a um estado de dependência extrema é um risco que o paciente só ousa enfrentar em uma condição de confiabilidade.

Dias (1999) afirma que as agonias impensáveis não podem pertencer ao passado, a menos que possam ser experienciadas pela primeira vez no presente, e a necessidade específica do paciente é que, dessa vez, a falha aconteça e, com a ajuda do analista, seja percebida como falha do ambiente. Nesse sentido, Winnicott afirma que:

(...) se o paciente estiver preparado para algum tipo de aceitação deste tipo esquisito de verdade, de que o que ainda não foi experienciado apesar disso aconteceu no passado, irá se abrir o caminho para que a agonia seja experienciada na transferência, na reação às falhas e equívocos do analista. Em doses que não sejam excessivas, o paciente pode lidar com estas últimas, e explicar cada falha técnica do analista como contratransferência. Em outras palavras, o paciente gradualmente reúne o fracasso original do meio ambiente facilitador dentro de sua área de onipotência e da experiência de onipotência que pertence ao estado de dependência (fato transferencial). (Winnicott, 1963e, p. 73).

Little (1990), ao escrever não só do ponto de vista de uma paciente como também da perspectiva de uma psicanalista, resume que:

Do ponto de vista do analista, o valor da regressão para a dependência pode ser afirmado de um modo muito simples – *ela é um meio pelo qual se podem explorar as áreas onde predominam as ansiedades psicóticas, revelar experiências antigas, e reconhecer e resolver idéias ilusórias ocultas, através da associação transferência/contratransferência de analista e analisando, em fases positivas e negativas*. Na prática, é claro, isso não é tão simples. (p. 83, *itálicos da autora*).

Pelo exposto, verificamos que a “regressão à dependência” possibilita alcançar pontos do desenvolvimento emocional do indivíduo onde estão cristalizadas experiências de agonias, de tal forma que essas experiências possam ser reveladas, presenciadas e testemunhadas na relação transferencial com o analista.

Além disso, a “regressão à dependência” permite a revelação de experiências vividas antes da capacidade de representar, em um período em que não existiam palavras, e que, assim,

só podem ser lembradas pelo paciente através de experiências sensoriais não verbais, pois são experiências marcadas na corporeidade do sujeito. A ênfase, então, está na experiência analítica por meio da qual as experiências podem ser vividas e referidas à história de vida do paciente.

A “regressão à dependência” permite ainda que o paciente perceba que uma determinada falha ambiental ocorreu a partir do meio ambiente e não a partir de si mesmo, graças à experiência de onipotência que tende a incorporar a falha do ambiente dentro de sua onipotência. Daí a importância da utilização do erro do analista, a partir do qual o paciente pode reconhecer não só a falha do analista como a falha do ambiente, sem se responsabilizar por ela. Nas situações de “regressão à dependência”, a análise reativa um momento de dependência e o próprio analista se envolve no papel do fracasso, transformando-se nos pais/ambiente que falharam/falhou.

Winnicott (1962-63b) revela que a falha do analista na transferência é um componente essencial e traz uma reordenação das situações de falha precoce. As falhas do analista podem ser pequenas, induzidas pelo paciente ou produzidas por elementos transferenciais delirantes. Com essa falha, temos um processo importante na análise: o paciente pode odiar “o analista pela falha que originalmente ocorreu como um fator ambiental, fora da área de controle onipotente pelo lactante, mas que *agora* é apresentada na transferência.” (p. 233, *itálico do autor*).

O autor chama atenção para o fato de que, no momento em que o paciente se apodera da falha original e se zanga com ela, ele também pode usar as falhas do próprio analista. Essas devem ser tratadas como falhas antigas que o analista usa em termos de significação para o paciente, responsabilizando-se por elas. Se o analista se defende, “o paciente perde a chance de zangar-se com uma falha passada justamente no momento em que a raiva tornou-se possível pela primeira vez.” (Winnicott, 1955-6, p. 397).

Observamos, então, que um dos lugares do analista nessa clínica é o lugar da mãe/ambiente que originalmente falhou nos cuidados de seu bebê. Uma das implicações do analista ao ocupar esse lugar é a possibilidade de o paciente experienciar os afetos oriundos dessa situação e, não sendo retaliado, poder iniciar o uso do analista, como discuto no próximo subtítulo.

Winnicott alerta que esse é um trabalho que exige muito do analista. O analista deve ser sensível às necessidades do paciente e estar disposto a fornecer uma situação que dê conta dessas necessidades, já que o analista não é a mãe natural do paciente. Além disso, o analista deve procurar os seus próprios erros toda vez que surge uma resistência, pois é somente pela utilização de suas falhas que ele pode realizar a parte mais importante do trabalho, possibilitando que o paciente sinta raiva das falhas ambientais que provocaram rupturas na continuidade do seu ser, sendo que essa parte do trabalho é a que também liberta o paciente da dependência com relação ao analista.

O uso de objetos e o uso do analista

Além do *holding*, de tomar o modelo da mãe suficientemente boa para pensar o lugar do analista e de chamar atenção para o fenômeno da regressão à dependência, Winnicott (1968b e 1969) afirma que o paciente não apenas transfere como também usa criativamente o analista. O papel do analista é ser usado pelo sujeito, sendo o uso um fenômeno ambiental e não apenas uma projeção. Dessa forma, analista funciona como objeto e ambiente. Contudo, ele alerta que para usar um objeto, é necessário ter desenvolvido a capacidade de usar objetos, o que faz parte da

mudança para o princípio da realidade, é uma conquista no crescimento emocional e depende de um meio ambiente facilitador.

Na ausência de um “ambiente suficientemente bom”, o bebê pode não adquirir a capacidade de usar objetos. Quando isso ocorre, o papel do analista é o de fornecer um ambiente *holding* que possibilite ao paciente o desenvolvimento da capacidade de usar o analista, passando, assim, da relação ao uso do analista.

Do ponto de vista do desenvolvimento sequencial, temos primeiro a relação e depois o uso. A relação de objeto é uma experiência descrita em termos do sujeito como ser isolado (Winnicott, 1958a e 1963a). Entre o relacionamento e o uso existe a colocação, pelo sujeito, do objeto fora da área de seu controle onipotente, isto é, a percepção do objeto como fenômeno externo. Quando Winnicott fala de uso de um objeto, ele pressupõe como dada a relação de objeto, mas acrescenta novas características relacionadas à natureza e ao comportamento do objeto, isso porque o objeto, para ser usado, deve ser necessariamente real, no sentido de fazer parte da realidade partilhada, e não ser um feixe de projeções.

Ao se interessar pelo desenvolvimento e pelo estabelecimento da capacidade de usar objetos, Winnicott (1968b) esclarece que o sujeito: 1) precisa relacionar-se com o objeto; 2) tem de encontrar o objeto; 3) tem de destruir o objeto (com a não retaliação do objeto); 4) o objeto tem de sobreviver à destruição e, só assim, 5) o sujeito pode usar o objeto.

Percebemos que a mudança do relacionamento para o uso de objeto está relacionada à destruição do objeto pelo sujeito. No entanto, o bebê só pode destruir o objeto na medida em que não há risco de o objeto sucumbir. Se o bebê sente que precisa proteger o objeto devido à sua fragilidade, ele não o destruirá e não chegará a relacionar-se com o objeto externo real, usando-o, amando-o ou odiando-o.

Nesse sentido, a tese de Winnicott é que a destruição desempenha um papel fundamental na criação da realidade, colocando o objeto fora do eu. Para que o bebê perceba o mundo objetivamente, ele deve experienciar o objeto que sobrevive à sua destrutividade. A sobrevivência do objeto conduz ao uso do objeto. E o uso do objeto conduz à separação de dois fenômenos distintos: a fantasia e a localização real do objeto fora da área de projeção. Assim, os objetos são destruídos por serem reais e são reais por terem sido destruídos.

Ao transpor o desenvolvimento da capacidade de usar objetos para o ambiente analítico, observamos que o analista precisa funcionar como “mãe suficientemente boa”, permitindo ser alvo da agressividade do paciente e sobrevivendo a ela. A sobrevivência do analista, expressa principalmente na manutenção do *setting* analítico, permite que o paciente desenvolva a capacidade de usar objetos. O analista, nesse momento como mãe/ambiente, ao não retaliar o ataque, permite também que o paciente o coloque fora de sua área de onipotência, situação que instaura a realidade externa e a fantasia.

Com relação a esse ponto, Dias (2002) ressalta que o sobreviver significa dar continuidade ao que se inicia, preservando a qualidade da relação e do ambiente, sem retaliação. É, sobretudo, não sucumbir às turbulências próprias do estar vivo e do amadurecimento do paciente, inclusive às que incluem destruição. É manter o cuidado com o paciente, a despeito de seus próprios estados de ânimo. Enfim, é mantermo-nos vivos, sustentando a situação durante o tempo necessário para o processo do paciente.

Dias também chama a atenção para o fato de que, provavelmente, um dos maiores desafios para a capacidade de sobreviver do analista seja a situação do paciente que precisa regredir à dependência. Nessa situação, “deixar ser” pode significar “deixar não-ser”. Nesse

momento, a sobrevivência do analista é fundamental e não se pode esquecer o quanto é arriscado para o paciente se expor à dependência.

Segundo Winnicott (1945), muitos casos considerados inadequados para a análise “são realmente inadequados, se não soubermos lidar com as dificuldades surgidas na transferência em razão da falta essencial de uma verdadeira relação com a realidade externa.” (p. 227). E ainda que “na prática psicanalítica, as mudanças positivas que ocorrem nessa área podem ser profundas. Elas não dependem do trabalho interpretativo, mas sim da sobrevivência do analista aos ataques, que envolve e inclui a idéia da ausência de uma mudança de qualidade para a retaliação.” (Winnicott, 1968b, p. 175).

A sobrevivência do analista é um elemento que perpassa a clínica psicanalítica. Todavia, com pacientes em estados autísticos e psicóticos, ela pode tornar-se imprescindível e ter efeitos muito negativos quando não manejada corretamente. Essa questão da destruição e da sobrevivência do analista pode ser ilustrada pela citação de Little:

Pude renunciar gradualmente à minha onipotência e ao meu *self* falso, “guardião”, e, contando com seu “apoio” (“*holding*”), reviver minha infância traumática. Eventualmente pude, de modo imaginoso, destruir e ser destruída por ele (novamente a mesma coisa) e depois, descobrindo que ambos havíamos sobrevivido, usá-lo e ser útil para ele. (Little, 1990, p. 93).

Essa passagem de Little carrega um conteúdo complexo que condensa aspectos fundamentais de seu processo de análise. Safra (2004c), ao realizar o estudo desse relato de Little, revela que ele possui quatro momentos distintos do processo de Little: o tempo em que ela abdica de sua experiência de onipotência defensiva; a possibilidade de reviver a experiência traumática; o momento de se abrir para a experiência de destruir e de ser destruída; e, por fim, a possibilidade de usar o analista.

Essa experiência de destruir demonstra a aplicação das ideias de Winnicott acerca da importância da destruição e da sobrevivência do analista como elemento constitutivo que possibilita a colocação do analista fora da experiência de onipotência do paciente. Safra ressalta que a destruição, nesse caso, não está na dimensão da pulsão de morte e, sim, na dimensão constitutiva do sujeito. Uma dimensão que tem importância não apenas no processo de constituição como também no processo analítico de Little, a partir da qual a experiência de alteridade pôde acontecer.

Winnicott (1963a), ao examinar a comunicação e a capacidade de se comunicar, mostra que a interpretação do analista precisa estar ligada às relações objetais do paciente. Ele afirma que a interpretação do analista, para ter efeito, deve estar relacionada à capacidade que o paciente tem de situar o analista fora da área dos fenômenos subjetivos. Quando o paciente ainda não pode situar o analista como estando fora de seu alcance onipotente, o trabalho do analista deverá se dar por outro meio, permitindo que essa mudança possa ocorrer. Assim, ele relaciona a interpretação com a capacidade de o paciente poder usar ou apenas se relacionar com o analista.

Quando o paciente “relaciona” com o analista, ele é visto como um objeto subjetivo. “Na medida em que o objeto é subjetivo, é desnecessário que a comunicação seja explícita.” (Winnicott, 1963a, p. 166). Isso leva Winnicott a concluir que “uma psicoterapia de tipo profundo pode ser efetuada sem trabalho interpretativo” e que “no trabalho que estou descrevendo, o *setting* se torna mais importante do que a interpretação”. (Winnicott, 1955-6, p. 395).

Por outro lado, quando o analista passa de um objeto subjetivo para um objeto percebido objetivamente, a interpretação passa a ter efeito. Winnicott (1963a) chama a atenção para dois aspectos que ocorrem nesse caso: 1) a utilização e a apreciação pelo indivíduo dos modos de

comunicação, e 2) o eu do indivíduo que não se comunica ou o núcleo pessoal do eu que é um isolado autêntico. Com isso, o autor se refere à fantasia de ser descoberto, à ameaça ao ser humano em sua necessidade de ser secretamente isolado e à “necessidade urgente de se comunicar e a necessidade ainda mais urgente de não ser decifrado.” (p. 168).

Para o autor, a criança estabelece um eu privado que não se comunica, mas, ao mesmo tempo, quer se comunicar e ser encontrado. Ele coloca que é um sofisticado jogo de esconder, em que “é uma alegria estar escondido, mas um desastre não ser achado.” (p. 169). Winnicott alerta para esse cuidado em análise, pois embora as pessoas se comuniquem e apreciem se comunicar, é igualmente verdadeiro “*que cada indivíduo é isolado, permanentemente sem se comunicar, permanentemente desconhecido, na realidade nunca encontrado.*” Enfim, que “no centro de cada pessoa há um elemento não-comunicável, e isto é sagrado e merece muito ser preservado.” (p. 170, itálicos do autor).

Winnicott afirma que a implicação disso para a técnica psicanalítica é o fato de o analista precisar admitir a não comunicação como uma contribuição positiva, devendo-se interrogar se sua técnica permite ao paciente comunicar que não está se comunicando. Para Abram (1996), isso modifica os fundamentos da psicanálise: enquanto Freud defendia a necessidade do paciente de associar livremente e dizer tudo, Winnicott entende que o analista deve respeitar a necessidade do *self* privado do paciente de não se comunicar.

Ao examinar a técnica da interpretação, Winnicott (1968a) afirma que “o propósito da interpretação deve incluir um sentimento que o analista tem de que foi feita uma comunicação que precisa ser reconhecida.” (p. 164). O analista, então, reflete de volta o que o paciente comunica, o que evita, inclusive, confusões e dá oportunidade de corrigir mal entendidos.

Ele alerta para as interpretações baseadas no material fornecido no dia determinado pelo paciente e não no conhecimento acumulado pelo analista. Essas são interpretações inúteis ao paciente. Nesses casos, “o analista pode parecer muito esperto, e o paciente pode expressar admiração, mas no final a interpretação correta é um trauma, que o paciente tem que rejeitar, porque não é sua.” (Winnicott, 1960, p. 50).

Para Winnicott (1988), uma interpretação correta e oportuna produz uma sensação no paciente de ser fisicamente seguro, que é mais real do que ser concretamente embalado ou posto no colo. Por meio da interpretação, o analista “embala o paciente fisicamente no passado, ou seja, na época em que havia necessidade de estar no colo, quando o amor significava adaptação e cuidados físicos.” (p. 80).

Caminhando nesse sentido, Mano (2006), ao utilizar a alegoria da estória dos Três Porquinhos, ilustra que a interpretação tem efeitos de experiência. A interpretação, enquanto sopro do analista, “tanto pode ser experimentada pelo paciente como uma brisa aconchegante e acalentadora, como também como um barulho que perfura a membrana do tímpano ou ainda como um vendaval ameaçador e destruturante.” (p. 58).

Com relação ao momento da interpretação, Winnicott considera que o analista deve demonstrar sua compreensão sobre o processo do paciente pela interpretação daquilo que o paciente está justamente em condições de admitir conscientemente.

Acho que o mais cedo possível é o melhor momento para uma interpretação, quero dizer *o momento mais cedo em que o material torne claro o que interpretar*. Contudo, sou econômico em minha interpretação e se não estou certo do que interpretar não hesito em esperar por algum tempo. Ao fazê-lo me vejo envolvido em uma fase introdutória ou preparatória, brincando, construindo com a criança ou simplesmente sendo anulado, desperdiçado. Estaria preocupado, contudo, com uma coisa apenas, a procura do indício que torne possível a interpretação que seja apropriada para aquele momento, a

interpretação que promova uma mudança de ênfase na transferência inconsciente. (Winnicott, 1958b, p. 112, *itálicos do autor*).

Winnicott (1968b) lembra que, devido a sua necessidade pessoal de interpretar, demorou anos para se tornar “capaz de esperar e esperar a evolução natural da transferência que surge da confiança crescente do paciente na técnica e no *setting* psicanalíticos e evitar romper este processo natural efetuando interpretações.” (p. 171). Para ele, se o analista puder esperar, o paciente chega ao entendimento de modo criativo.

Diante dessas ideias, percebemos que Winnicott desenvolve um caminho próprio na clínica psicanalítica. Enquanto Klein desenvolve uma ação interpretativa de extrair e de conferir sentido simbólico mesmo na presença de comportamentos não representativos, Winnicott mostra que essa postura reduz a possibilidade do surgimento de significações novas. Além disso, propõe tipos diferentes de intervenções que privilegiam a criatividade e a singularidade tanto do analista quanto da criança. Com essa postura, Winnicott não adota o lugar do analista intérprete. Para ele, o mais importante é o brincar junto e a capacidade de brincar do paciente, o que discuto no próximo capítulo. Assim, a tarefa do analista é criar um espaço dentro do qual o sujeito possa ser capaz de descobrir algo sobre si próprio, capaz de ter uma existência pessoal e poder constituir o que Winnicott denomina de “continuidade do ser”.

Da transferência à experiência: a relação analítica em Winnicott

Por meio do estudo da noção de transferência realizado até aqui, observamos que a transferência sofreu transformações conceituais em Freud, em Klein e em Winnicott. Esse último, em função de sua clínica, em especial a com pacientes em estados psicóticos, propõe

mudanças teóricas e práticas relativas à noção de transferência, que são essenciais para o acolhimento de aspectos transferenciais que não podem ser analisados com base na concepção freudiana ou kleiniana de transferência. Essas mudanças se referem principalmente ao fato de Winnicott observar em sua clínica que nem todos os pacientes tiveram a possibilidade de se relacionar com pessoas e com o ambiente externo. Muitas vezes, o paciente encontra-se em um estágio no qual não há ainda distinção entre eu e não eu.

Freud pensa a relação transferencial com base na teoria da sexualidade infantil e do complexo de Édipo. Para ele, a organização pulsional e libidinal que ocorre na sexualidade infantil define o tipo de relações de objeto do indivíduo. No início, a pulsão sexual da criança é perversa e polimorfa. A partir das repressões e das fixações da pulsão, a escolha objetal vai sendo delimitada, tornando-se definitiva após o complexo de Édipo.

Diante disso e das ideias de Loparic (2006) sobre a mudança de paradigma na psicanálise, Martins (2004) esclarece que a transferência no paradigma freudiano é pensada a partir do complexo de Édipo e mostra a importância desse aspecto na análise e na interpretação da transferência do ponto de vista freudiano, já que ele define o modo de funcionamento do sujeito que aparecerá na relação com o analista.

Por outro lado, Martins defende a ideia de que a transferência no paradigma winnicottiano é pensada a partir do bebê no colo da mãe. A autora ressalta que Winnicott aceita o método freudiano de pesquisa baseado na transferência, modificando, contudo, o sentido dado a esse conceito. A transferência passa a englobar diversos tipos de transferências no ambiente analítico, referentes ao papel que o analista tem para o paciente, dependendo do momento do processo de amadurecimento em que o paciente se encontra.

Com relação a esse trabalho de Martins (2004), assim como o de Loparic (2006), não estou certa quanto ao fato de que existe uma mudança de paradigma na psicanálise a partir da obra de Winnicott; acredito que essa é uma discussão polêmica e, para os fins desse trabalho, não vale aprofundar no tema. Nesse sentido, ressalto, também, os trabalhos de Mezan (1990 e 2006) que discutem a questão dos paradigmas na psicanálise. Apesar disso, utilizo-me das ideias desses autores, pois acredito que eles contribuem com o tema deste trabalho ao mostrar algumas das características da transferência em Winnicott.

Isso posto, retomo Martins (2004) quando ressalta que o sentido literal do termo transferir descaracteriza-se na psicanálise winnicottiana. Freud designa como transferência as representações inconscientes referentes ao passado infantil, que se deslocam para o presente em forma de novas representações relacionadas à figura do analista, supondo, assim, que certos mecanismos se repetem ao longo da existência do sujeito, inclusive na análise. Contudo, na perspectiva winnicottiana, o analista nem sempre é representante de um passado que se repete, já que certos conteúdos não vividos na infância são experimentados pela primeira vez na análise e, por isso, nem sempre os conteúdos infantis são transferidos para a figura do analista, mas são vividos no presente com ele.

Outro autor que contribui nessa discussão é Safra (2005d e 2011), quando explica que, na clínica winnicottiana, a noção de transferência não está relacionada à questão do deslocamento, o que move a transferência não é o presente como fruto do descolamento do passado (Freud) nem o externo como deslocamento do interno (Klein), mas a tendência de o sujeito realizar seu *self*, que o coloca sempre em devir. Safra esclarece que Winnicott compreende a noção de transferência no registro existencial, enquanto Freud compreende no registro temporal e Klein no espacial. Ele explica que, em Freud, a transferência está relacionada à apresentação do passado,

em Klein, ao modo como o paciente lida com a destrutividade, e, em Winnicott, a transferência está relacionada à expectativa de si mesmo.

Verificamos que para Safra a transferência em Winnicott é compreendida no registro da experiência. A situação clínica é compreendida não só como repetição do passado e como possibilidade de *insight*, mas também como um campo de constituição e de acontecimento no qual algo *acontecerá*. O sujeito busca o analista não apenas como repetição, mas como possibilidade de desvelar o novo, de encontrar aquilo que ainda não aconteceu, do inédito e do acontecimento.

Diante disso, Safra (2004e) ressalta que, enquanto para Freud e para Klein o importante é o vivido e o recaiado referidos ao inconsciente, para Winnicott o importante é o vivido e o não acontecido, sendo que o não acontecido existe no sujeito como anseio e como busca de acontecimento. Assim, o analista não serve apenas para resignificar o vivido, mas também como oferta de proporcionar o não vivido.

Além disso, Safra (2007b) afirma que o analista não só é visto como possibilidade de o sujeito vir a viver o que não foi vivido, como também é testemunha, e é importante por si mesmo, já que é outro humano e, assim, sabe das necessidades fundamentais do humano. Nessa perspectiva, o analista não é apenas representação do passado, mas também do futuro. É a esperança do paciente de um encontro, de um por vir e da realização de si mesmo. Assim, a análise é a possibilidade do indivíduo alcançar seu gesto novamente, já que na concepção winnicottiana o ser humano é fundamentalmente um ser em devir, em processo. Como diria Winnicott (1963b): “todos os processos de uma criatura viva constituem um vir-a-ser, uma espécie de plano para a existência.” (p. 82).

Nessa perspectiva, a compreensão do fenômeno transferencial fica complexificada e enriquecida, entendendo o encontro entre analista e analisando como possibilidade de constituição psíquica que abrange algo além da mera reedição de experiências.

Um dos lugares do analista nessa clínica é o de criação de possibilidades para a retomada do processo maturacional do indivíduo. Como consequência, os parâmetros clássicos para os quais se voltava o analista – como a interpretação verbal do complexo de Édipo, dos sonhos e dos atos falhos –, embora mantenham sua eficácia, passam a um plano secundário na intervenção clínica.

A partir dessas considerações, concebo a “*noção de experiência*” como um dos aspectos centrais no processo de análise em Winnicott, entendendo que a sessão analítica ocorre em uma dimensão que transcende à reedição de vivências, proporcionando a instauração de experiências novas que favorecem a constituição do si mesmo e da realidade externa. Nesse sentido, o campo analítico é concebido como um lugar onde diversas experiências podem ocorrer e podem ser integradas.

Acredito que a noção de experiência na psicanálise é importante não apenas na clínica com pacientes em estados autísticos e psicóticos, que devido a uma falha ambiental precoce tiveram seu desenvolvimento emocional inviabilizado ou interrompido, mas que a situação clínica pode ser constitutiva para os demais pacientes. Observamos que, inicialmente, Winnicott se preocupava com um tipo de clínica que contemplasse os pacientes que não haviam alcançado o estatuto de unidade pessoal. À medida que vamos caminhando em seus textos, percebemos sua ideia de que o sujeito está em todas as etapas do processo maturacional e que nenhum paciente se constituiu de forma completa. Assim, o paciente estaria sempre em expectativa de experimentar o não vivido.

Nesse ponto da reflexão, baseada nas ideias de Winnicott, chego a uma situação de impasse. Até então, o foco do trabalho era a transferência, mas, nesse momento, constato que esse conceito é insuficiente para expressar e definir os fenômenos clínicos que estou abordando. Verifico, também, que pensar no que ocorre na situação clínica apenas em termos de transferência seria um reducionismo do trabalho clínico. Assim, decido não mais denominar de transferência o que estou abordando e, sim, de relação analítica, que é um termo mais amplo e que contempla as noções de transferência e de contratransferência, mas que, em minha opinião, não se restringe a isso, cabendo dentro dele a noção de experiência e de espaço potencial.

Concluo também que, se continuasse a me referir a esses fenômenos como transferências, correria o risco de ampliar tanto o conceito de transferência que o mesmo poderia perder a especificidade. Desta forma, cheguei ao ponto que gerou o título deste trabalho, já que nesse percurso caminhei da noção de transferência até chegar ao conceito de espaço potencial.

No próximo capítulo, essa questão da experiência na relação analítica será desenvolvida melhor. Procurarei evidenciar como é frequente, no pensamento de Winnicott, a referência à noção de experiência; para isso marcarei com *itálico* quando o autor se referir a esse tema. Também traçarei um paralelo entre a noção de experiência na relação analítica com a noção de espaço potencial, conforme descrito por Winnicott (1951/1971).

Antes de adentrar no próximo capítulo, gostaria de esclarecer alguns pontos a respeito da construção desta tese. Ao realizar o estudo do conceito de transferência em Freud, em Klein e em Winnicott, acabei focando as diferenças entre os autores. Essa foi a forma que a reflexão se desenvolveu e esse era o ponto que me intrigava, o que gerou um estudo comparativo. Assim, acabei tomando um caminho onde as similaridades entre os autores foram restringidas ou não

ressaltadas. Contudo, não posso deixar de pontuar que elas existem e que esse estudo também seria de grande interesse, mas, para este trabalho, restrições foram necessárias.

Outro aspecto importante é que, ao realizar um estudo comparativo, corri o risco de passar para o leitor uma compreensão um tanto cristalizada e rígida das postulações dos três autores que foram trabalhados. Quero esclarecer que existe um movimento na teoria desses autores e na forma que eles trabalham e analisam a relação analítica com seus pacientes.

Observamos que, em determinados momentos, um texto freudiano pode ser muito kleiniano, quando, por exemplo, Freud (1917 [1915]), em “Luto e Melancolia”, refere-se a objetos e ao mundo interno. Ou então pode ser muito winnicottiano, quando Freud (1937b), em “Construções em análise”, fala de um trabalho de construção da relação analítica, ou ainda suas referências à noção de experiência em análise, quando mostra a importância de o paciente recuperar a memória do que viveu em sua experiência atual com o analista sob a forma de atuação. O mesmo pode ser dito dos textos de Winnicott, onde verificamos a influência freudiana e kleiniana, e dos textos de Klein quando se aproxima das ideias de Freud e de Winnicott.

Apesar de concordar com Safra em sua diferenciação da transferência em Freud, em Klein e em Winnicott, e dessa diferenciação fazer muito sentido ao lermos os textos desses autores, gostaria, aqui, de não levar essa diferenciação – Freud/deslocamento temporal/passado e presente; Klein/deslocamento espacial/mundo interno e mundo externo; e, Winnicott/registro existencial/importância da experiência – para uma categorização fixa e rígida.

Esses aspectos abordados na noção de transferência de cada autor estudado são os que ficaram em evidência em meus estudos, e, dessa forma, acredito que são os mais enfatizados pelos próprios autores. Portanto, compreendo que são aspectos que ganharam ênfase no pensamento de cada autor, mas isso não significa que eles não estejam presentes nas obras dos

outros autores. Com isso, espero que este estudo não seja uma mera categorização, mas uma caracterização que possa gerar reflexões.

Passo, agora, para o último ponto que gostaria de discutir antes de adentrar no próximo capítulo. A partir do estudo da noção de transferência realizado até aqui, observamos que a transferência sofreu transformações conceituais, apresentando sentidos diferentes de autor para autor. Kupermann (2008) chega a afirmar que, apesar de o conceito de transferência ser um dos mais empregados na literatura psicanalítica, é, provavelmente, o que menos encontra uma univocidade de sentido. Ele mostra que a transferência aponta para a dimensão estética da clínica, onde a qualidade do encontro afetivo entre analista e analisando conduz à criação de sentidos na experiência psicanalítica e à emergência de concepções distintas da transferência. Ele chama a atenção para o fato de que a teorização acerca da transferência está intimamente ligada à “qualidade da experiência afetiva estabelecida no curso de *uma* análise, o que implica considerar o contexto no qual *um* autor pratica a psicanálise – sobretudo as formas de sofrimento psíquico nele predominantes – na composição de seu estilo de psicanalisar.” (p. 86, itálicos do autor).

Baseada nessa ressalta de Kupermann, não posso deixar de pontuar que os quadros clínicos que Freud, Klein e Winnicott se debruçaram possuem diferenças estruturais. Observamos que a matriz clínica que Freud teorizou foi, predominantemente, a histeria, enquanto Klein estava interessada no funcionamento psíquico infantil e Winnicott nos quadros psicóticos, como nos explica Safra (2005c).

Compartilhando do ponto de vista de Kupermann (2008) sobre a influência do contexto e das formas de sofrimento nas elaborações dos autores sobre a relação analítica, e trazendo também a explicação de Safra (2005c) – quanto aos aspectos biográficos, às compreensões sobre o sujeito, às concepções sobre o funcionamento psíquico e às técnicas de trabalho de cada um

dos autores –, verificamos que todos esses aspectos influenciam as abordagens e as formulações sobre a subjetividade humana e sobre os procedimentos técnicos e, conseqüentemente, sobre a relação analítica. Assim, a noção de transferência na psicanálise é influenciada pela concepção do sujeito e pela compreensão do funcionamento psíquico e influencia a técnica de trabalho de cada autor. Destaco ainda que as diferentes noções de transferência trabalhadas nesta tese descrevem diferentes práticas clínicas e são construídas com base em determinados referenciais teóricos e clínicos.

CAPÍTULO 03 - A RELAÇÃO ANALÍTICA COMO ESPAÇO POTENCIAL

Os objetos e os fenômenos transicionais

O objeto transicional e os fenômenos transicionais iniciam todos os seres humanos com o que sempre será importante para eles, isto é, uma *área neutra de experiência* que não será contestada. (Winnicott, 1951/1971, p. 27-28, *itálicos meus*).

Em “A linguagem de Winnicott”, Jan Abram (1996) afirma que, quando Winnicott publicou seu estudo sobre os fenômenos e os objetos transicionais, não havia na literatura psicanalítica qualquer referência ao hiato existente entre o interior e o exterior. Para essa autora, a ideia freudiana de uma sequência do princípio do prazer ao de realidade oferece uma compreensão da transição que o bebê tem de realizar, sem, contudo, fornecer uma luz sobre o processo transicional em si, e o enfoque kleiniano do mundo interno e das fantasias do bebê não dá conta do impacto provocado pelo mundo externo. Assim, coube a Winnicott pensar sobre o período do desenvolvimento em que o bebê emerge de seu estado subjetivo para tornar-se mais objetivo, teorizando sobre uma área intermediária que não é inteiramente subjetiva e nem objetiva, uma área denominada pelo autor de diversas formas: terceira área, área intermediária, espaço potencial⁴, local de repouso e localização da experiência cultural.

⁴ Agradeço ao professor Gilberto Safra a contribuição fornecida na defesa desta tese ao esclarecer a diferença entre Espaço Transicional e Espaço Potencial. Alertando que o Espaço Potencial aparece como herdeiro das experiências transicionais, mas que em si não é transicional, pois o fenômeno transicional caracteriza-se pelo fato de que o indivíduo se utiliza da materialidade sonora e plástica para poder manifestar algo do *self* incipiente, aparecendo na dimensão sensorial. Já o Espaço Potencial não necessita da materialidade e da sensorialidade, podendo até mesmo estar presente na interioridade do sujeito.

Winnicott escreve pela primeira vez sobre esse tema em seu artigo de 1951, “Objetos transicionais e fenômenos transicionais”, e depois o reescreve em 1971, que dá origem ao primeiro capítulo de “O brincar e a realidade”. Na introdução desse livro, ele demonstra sua insatisfação com as produções e as discussões psicanalíticas sobre essa terceira área, uma “área de desenvolvimento e de *experiências individuais*”:

Quando volto a olhar para a última década, fico cada vez mais impressionado pela maneira como essa área de conceptualização tem sido negligenciada não só na conversação analítica que está sempre se efetuando entre os próprios analistas, mas também na literatura especializada. Essa área de *desenvolvimento e experiência individuais* parece ter sido desprezada, enquanto a atenção se focalizava na realidade psíquica, pessoal e interna, e sua relação com a realidade externa ou compartilhada. A *experiência cultural* não encontrou seu verdadeiro lugar na teoria utilizada pelos analistas em seu trabalho e em seu pensar. (Winnicott, 1951/1971, p. 09, *itálicos meus*)

Ele finaliza sua reflexão afirmando que essa área intermediária, enquanto fenômeno universal e de variedade infinita, não pode estar fora do campo da psicanálise, e é com essa reivindicação que surge seu livro sobre o brincar e a realidade, já que a “terceira parte da vida de um ser humano, parte que não podemos ignorar, constitui uma área intermediária de *experimentação*, para o qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa” e que existe como “lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas ainda que inter-relacionadas.” (p. 15, *itálico do autor*).

Nesse trabalho, Winnicott estuda o momento em que o bebê passa do erotismo oral (de levar o punho, os dedos e os polegares à boca) para o brincar com objetos, isto é, para o uso da “primeira possessão que seja ‘não-eu’.” (p. 13). Quando observamos um bebê (dos quatro e seis aos oito e doze meses) interagindo com sua mãe, encontramos uma ampla variação de movimentos entre essa atividade autoerótica do dedo na boca para a ligação com um paninho ou

ursinho de pelúcia. Para designar “essa área intermediária de experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a criatividade primária e a projeção do que foi introjetado”, Winnicott introduz os termos “objetos transicionais” e “fenômenos transicionais”. (p. 14).

Ele explica que o objeto transicional não necessariamente é um objeto real (brinquedo ou paninho), pode ser uma palavra, uma melodia, uma canção ou um maneirismo. São objetos que não fazem parte do corpo do bebê, mas, do ponto de vista do bebê, ainda não são plenamente reconhecidos como pertencentes à realidade externa. Tampouco são objetos internos, conforme descritos por Melanie Klein, eles são uma possessão. O bebê assume direitos sobre o objeto que é afetuosamente acariciado, amado e mutilado. O objeto transicional “representa o seio, ou o objeto da primeira relação” e “precede o teste da realidade estabelecido.” (p. 23). “Na relação com o objeto transicional, o bebê passa do controle onipotente (mágico) para o controle pela manipulação (envolvendo o erotismo muscular e o prazer de coordenação).” (p. 23). Dessa forma, temos que “o objeto transicional jamais está sob o controle mágico, como o objeto interno, nem tampouco fora de controle, como a mãe real.” (p. 24). Assim, “não é o objeto, naturalmente, que é transicional”, isto é, o objeto transicional tem esse nome não por ser transicional, mas por representar a transição do bebê de um estado em que está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com algo externo e separado. (p. 30).

Ao observar uma criança com seu objeto transicional, a sua primeira possessão não eu, estamos também assistindo ao primeiro uso de um símbolo pela criança e a sua primeira brincadeira. Winnicott (1967a) explica que o objeto transicional constitui um símbolo da união do bebê e da mãe e que pode ser localizado no lugar, no espaço e no tempo, onde e quando a mãe se acha em transição de (na mente do bebê) ser fundida ao bebê e, alternativamente, ser

experimentada como um objeto a ser percebido. Assim, o “uso de um objeto simboliza a união de duas coisas agora separadas, bebê e mãe, *no ponto, no tempo e no espaço, do início de seu estado de separação*” (p. 135, itálicos do autor). Mais adiante, Winnicott enuncia mais um paradoxo, afirmando que “*este é o local que me dispus a examinar*, a separação que não é uma separação, mas uma forma de união.” (p. 136, itálicos do autor).

O destino do objeto transicional é ser descateixizado de forma que seja relegado ao limbo das coisas semiesquecidas no fundo das gavetas ou dos armários de brinquedos. Winnicott (1959) enumera os seguintes destinos: gasto, “suplantado mas mantido”, “dado a outrem (não satisfatório)”, “guardado pela mãe, como relíquia de um tempo precioso na vida dela (identificação)”, etc. (p. 47).

Winnicott (1951/1971) continua afirmando que o destino do objeto transicional:

Não é esquecido e não é pranteado. Perde o significado, e isso se deve ao fato de que os fenômenos transicionais se tornaram difusos, se espalharam por todo o território intermediário entre a ‘realidade psíquica interna’ e ‘o mundo externo, tal como percebido por duas pessoas em comum’, isto é, por todo o campo cultural. (p. 19).

Nesse ponto, ele amplia o tema para o campo cultural. Assim, temos que os fenômenos transicionais, na saúde, se relacionam com o brincar, a criatividade, as apreciações artísticas, o sentimento religioso, o sonhar; e, na doença, com o fetichismo, o mentir, o furtar, o vício em drogas, etc.

Thomas Ogden (1985), por exemplo, ao explorar esse tema traz algumas “psicopatologias do espaço potencial”, como: 1) a subordinação da realidade à fantasia, onde temos um fracasso na formação de símbolos; 2) a realidade como defesa contra fantasia, onde temos a exclusão da imaginação, 3) a dissociação entre a fantasia e a realidade, permanecendo uma isolada da outra; e

4) a exclusão da realidade e da fantasia, denominada como um “estado de não experiência”, onde temos a impossibilidade de gerar significados realísticos e fantásticos. Apesar das relações que podemos fazer entre esses temas, devido ao foco desse trabalho, aqui traço um paralelo apenas com a questão do brincar.

Por fim, Winnicott relaciona os objetos e os fenômenos transicionais com sua teoria da ilusão/desilusão, afirmando que eles “pertencem ao domínio da ilusão que está na base do início da experiência”, sendo que esse primeiro estágio do desenvolvimento só é possível pela capacidade de a mãe se adaptar às necessidades do bebê, “permitindo-lhe a ilusão de que aquilo que ele cria existe realmente”. Essa área intermediária constitui grande parte da experiência do bebê e, posteriormente, “é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador.” (p. 30).

Para concluir este subtítulo, resgato a citação utilizada no início: “o objeto transicional e os fenômenos transicionais iniciam todos os seres humanos com o que sempre será importante para eles, isto é, uma *área neutra de experiência* que não será contestada” (Winnicott, 1951/1971, p. 27-28, itálicos meus). Acredito que essa afirmação é de grande valor, uma vez que a tarefa de aceitação da realidade nunca é completa e, como diria Winnicott, “nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna e externa”, contudo, o alívio dessa tensão é proporcionado por uma *área intermediária de experiência*, que não é contestada e está em continuidade com a área do brincar.

O brincar como modelo para pensar a relação analítica

O brincar por si mesmo é uma terapia.
(Winnicott, 1971a, p. 74)

Ao analisar o brincar dentro da teoria psicanalítica, constatamos uma ausência de teorizações sobre o tema, o que causa certo estranhamento, uma vez que a psicanálise com crianças foi originalmente desenvolvida com base no brincar. A partir da obra de Winnicott (1971a), observamos um reposicionamento do brincar dentro da teoria psicanalítica, pois como o autor mesmo afirma “o brincar precisa ser estudado como tema em si mesmo.” (p. 60). E é dessa forma que ele aborda o brincar, trazendo contribuições à clínica psicanalítica, não apenas com crianças, mas também com adultos.

Verificamos nos textos de Anna Freud e de Melanie Klein diversas passagens sobre o brincar das crianças, contudo elas se referem principalmente à forma como as crianças brincam, visando a identificar o que elas estão comunicando às analistas. Dessa forma, as autoras utilizam o brincar, mas estão preocupadas com o conteúdo das brincadeiras e não com o brincar propriamente dito. Já Winnicott, a partir de seus estudos sobre os fenômenos transicionais, fornece ao brincar um novo significado que pretende explorar agora.

Winnicott (1971a) reivindica que o “*brincar tem um lugar e um tempo*”. Não é dentro nem fora, ele se localiza no espaço potencial. Além disso, “brincar é fazer” e não simplesmente pensar ou desejar, e “*fazer coisas toma tempo*” (p. 62-63, *itálicos do autor*). Concordo que o brincar tem um lugar e um tempo, mas acredito que ele não seja apenas *fazer* como, também, seja *ser*.

Winnicott também inverte a sequência psicanálise, psicoterapia, material da brincadeira e brincar e propõe que “*é a brincadeira que é universal* e que é própria da saúde”, isso porque o brincar facilita o desenvolvimento emocional, conduz aos relacionamentos grupais, pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia e, finalmente, “a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros” (p. 63).

Verificamos que sua teoria da brincadeira é descrita com base no processo de desenvolvimento emocional da criança. Primeiramente, “o bebê e o objeto estão fundidos um no outro. A visão que o bebê tem do objeto é subjetiva e a mãe se orienta no sentido de tornar concreto aquilo que o bebê está pronto a encontrar”. Em seguida, “o objeto é repudiado, aceito de novo e objetivamente percebido”. Nesse processo, se tudo correr bem, o bebê tem a experiência de onipotência e a confiança na mãe cria um “*playground* intermediário”, isto é, um espaço potencial entre a mãe e o bebê e a brincadeira começa.

O estágio seguinte é ficar sozinho na presença de alguém, conforme descrito por Winnicott (1958a) em seu artigo sobre “A capacidade de estar só”. A criança brinca supondo que a mãe está e permanecerá disponível. Posteriormente, a criança alcança um estágio que é “permitir e fruir uma superposição de duas áreas de brincadeira. Em primeiro lugar, naturalmente, é a mãe quem brinca com o bebê, mas com cuidado suficiente para ajustar-se às suas atividades lúdicas”. Com o passar do tempo, a mãe “introduz seu próprio brincar e descobre como é variada a capacidade dos bebês de aceitar ou não a introdução de ideias que não lhes são próprias. Dessa maneira, está preparado o caminho para um brincar conjunto num relacionamento” (Winnicott, 1971a, p. 70-71).

Em outro artigo sobre o brincar, Winnicott (1971b) relaciona o brincar com a atividade criativa e a busca do próprio eu (*self*), afirmando que “É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*).” (p. 80). Percebemos então que, para o autor, a experiência criativa começa com o viver criativo, manifestado primeiramente no brincar.

Contudo, ele faz uma diferença importante ao mostrar que, na busca do eu, um artista, por exemplo, pode produzir algo valioso em termos de arte e ser bem sucedido, mas ter fracassado na busca de encontrar seu verdadeiro eu (*self*). Ou, então, um paciente que busca encontrar seu eu, a partir das interpretações do analista, mas que não o encontra, pois mesmo que a explicação seja correta ela é ineficaz. Nesses casos, Winnicott explica que existe uma organização defensiva que impede a pessoa de “atingir o estado de repouso a partir do qual um alcance criativo pode acontecer” (p. 82, itálicos do autor). Quando isso ocorre, a “pessoa a quem estamos tentando ajudar necessita de uma *nova experiência*, num ambiente especializado. A *experiência* é a de um estado não-intencional, uma espécie de tiquetaquear, digamos assim, da personalidade não integrada” (p. 81, itálicos meus).

Winnicott (1971b) desenvolve então a seguinte sequência: “a) relaxamento em condições de confiança baseada na *experiência*; b) atividade criativa, física e mental, manifestada na brincadeira; c) a somação dessas *experiências* formando a base do sentimento do eu (*self*)”. Para a somação dessas experiências, o paciente necessita ter um retorno da comunicação feita ao analista em quem confia. Nessas condições altamente especializadas, Winnicott afirma que a pessoa pode “reunir-se e existir como unidade, não como defesa contra ansiedade, mas como expressão do EU SOU, eu estou vivo, eu sou eu mesmo”, sendo que, nesse posicionamento, tudo é criativo. (p. 83, itálicos meus).

Percebemos que a criatividade em Winnicott (1971c) ocupa um lugar diferente. Ela não se refere à criação aclamada de uma obra de arte ou de uma composição, mas ao estar vivo e à abordagem do indivíduo à realidade externa:

O impulso criativo, portanto, é algo que pode ser considerado como uma coisa em si, algo naturalmente necessário a um artista na produção de uma obra de arte, mas também algo que se faz presente quando *qualquer* pessoa – bebê, criança, adolescente, adulto ou velho – se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa, desde uma sujeira com fezes ou o prolongar do ato de chorar com fruição de um som musical. Está presente tanto no viver momento a momento de uma criança retardada que frui o respirar, como na inspiração de um arquiteto ao descobrir subitamente o que deseja construir, e pensa em termos de material a ser utilizado, de modo que seu impulso criativo possa tomar forma e o mundo seja testemunha dele. (Winnicott, 1971c, p. 100, *itálico do autor*).

Daí, vemos a importância do brincar criativo, enquanto uma experiência que auxilia a criança a lidar com a realidade externa e proporciona “a sensação de real que se origina do sentimento de possuir uma identidade” (p. 114).

Em outro artigo sobre o brincar, Winnicott (1979) ressalta que o brincar tem uma função importante, estruturante e constitutiva do sujeito, chega inclusive a afirmar que “a brincadeira é necessária para a unificação e integração geral da personalidade... e serve de elo entre, por um lado, a relação do indivíduo com a realidade interior, e, por outro lado, a relação do indivíduo com a realidade externa ou compartilhada.” (p. 163).

O brincar é uma atividade sofisticada na criação da externalidade do mundo e é por meio dele que se transforma e se usa os objetos do mundo para no mundo realizar-se e inscrever seus próprios gestos, sem perder o contato com a própria subjetividade. Winnicott concebe o brincar como uma *experiência criativa*, como uma forma básica de viver. O que se refere ao brincar das

crianças também é aplicado aos adultos. O brincar no adulto pode ser manifestado na escolha das palavras, nas inflexões da voz e no senso de humor.

Ao escrever sobre o brincar, Safra (2006) ressalta que para preservar a complexidade do brincar é fundamental recuperar dois registros fundamentais. Devido à riqueza dessa passagem, aqui ela é escrita na íntegra:

1 – Ao brincar a criança institui situações organizadas em termos de espaço e de tempo. Brincando ela funda mundos. Ao brincar ela não está simplesmente projetando conteúdos psíquicos no jogo, mas está constituindo mundos e estabelecendo a possibilidade de transformar a realidade dada por meio de seu gesto. Uma criança, ao jogar em um determinado meio ambiente, o ressignifica, imprimindo a ele uma organização diferente daquela que lhe foi oferecida. Isto significa que todo o brincar demanda um tipo de ruptura com o que é dado. O brincar funda mundos, funda a possibilidade de a criança estar no mundo e instituir modos de ser.

2 – A criança, ao longo de seu desenvolvimento, coloca em jogo as diversas facetas do seu ser: a questão do corpo, a questão do seu psiquismo, com todas as angústias que a visitam e a necessidade de projetar um destino. Este ponto é importantíssimo, mas muito pouco discutido. O ser humano tem a necessidade de criar sentidos, pois é parte da estrutura da pessoa humana a capacidade de projetar horizontes futuros. (p. 13).

Ao brincar, Safra afirma que estão atuando, ao mesmo tempo, a biografia da criança – a partir da qual podemos realizar uma leitura do passado da criança e das angústias relacionadas à sua história – e a tentativa de formular uma solução para suas questões, que é o pressentimento do futuro. Assim, “o brincar promove uma transição entre o agora e o ainda-não.” (p. 14).

Ao transpor a questão do brincar para o trabalho de análise, observamos que o brincar constitui uma atividade central e, quando entendido como uma *experiência criativa*, torna-se objetivo da própria análise:

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no

sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é. (Winnicott, 1971a, p. 59, *itálicos do autor*).

Essa afirmação demonstra a importância, tanto na clínica de adultos quanto de crianças, de um analista que possa brincar, sendo que na clínica com crianças isso se torna indispensável, pois, como diria Winnicott (1971b), “as crianças brincam com mais facilidade quando a outra pessoa pode e está livre para ser brincalhona” (p. 67) e ainda “se o terapeuta não pode brincar, então ele não se adequa ao trabalho.” (p. 80).

Para nós, analistas de crianças, pensar sobre o lugar do brincar em nossa sociedade atual se faz ainda mais urgente. Temos acompanhado constantemente uma desqualificação da função do brincar, e as crianças têm cada vez menos tempo para brincadeiras. Quando pertencem a uma classe social mais elevada, suas rotinas são estruturadas a tal ponto que não possuem espaço e tempo para brincar. Nas classes sociais mais baixas, temos o enorme problema da exploração do trabalho infantil. Ao mesmo tempo, temos as recorrentes frases: acabou a brincadeira, vamos trabalhar; aqui não é lugar de brincadeira; isso não é uma brincadeira. Isso, tanto no ambiente escolar quanto em ambientes lúdicos, o que nos leva a questionar se ainda não temos “adultos em miniatura”, como dito por Philippe Ariès (1973) ao escrever sobre a construção social da criança. Nesse contexto, as reflexões sobre a função e o papel do brincar na constituição subjetiva da criança tornam-se fundamentais e recorrentes nas reuniões com pais e educadores.

Além de ressaltar a importância do brincar, Winnicott desenvolve uma postura clínica própria do brincar da criança na relação analítica. Na perspectiva de Klein, como vimos, a interpretação deve alcançar o ponto de ansiedade, interpretando a fantasia destrutiva presente no brincar da criança. Winnicott não concorda com essa forma de trabalho, pois esse tipo de interpretação destrói o aspecto criativo da experiência lúdica. Em sua perspectiva, o brincar é

mais importante que o conteúdo da brincadeira e do que o significado do brinquedo utilizado. Assim, uma análise que não preserve a capacidade de brincar não é adequada, o que o leva a se colocar contra a tentativa de reduzir o jogo às suas significações.

Winnicott (1971a) ressalta a importância do brincar ser visto, reconhecido e respeitado na própria singularidade. Para ele, o importante não é tanto a interpretação do brincar, mas a possibilidade de o analista sustentar a situação até que essa brincadeira possa se constituir numa comunicação e vir a aparecer em uma formulação tal que “*a criança se surpreende a si mesma, e não o momento de minha arguta interpretação*”. (p. 75).

Essa postura é observada nos livros: “Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil” e “*The Piggle*: relato do tratamento psicanalítico de uma menina”. Na descrição do caso clínico de Piggle, é possível notar o lugar que Winnicott ocupa para que a criança possa agir, integrar e colocar sob o domínio do eu as experiências advindas das falhas ambientais e do nascimento de sua irmã, a fim de retomar o seu processo maturacional. Nesse caso, no primeiro momento da análise, ele abre espaço para a experiência e para o jogo, vividos no espaço potencial, em vez de realizar interpretações. Também nas descrições das consultas terapêuticas, notamos que ele visa não apenas a encontrar a significação conectada ao jogo, mas a permitir uma interação entre ele e a criança. Nesse trabalho, está presente um contínuo jogar, onde as questões mais fundamentais da criança vão se revelando no registro da experiência do brincar.

E, nesse sentido, Winnicott (1971b) faz um pedido a todo analista: “para que permita a manifestação da capacidade que o paciente tem de brincar, isto é, de ser criativo no trabalho analítico.” (p. 83), porque a capacidade do paciente pode ser facilmente frustrada por um analista que interprete demais. Ele finaliza sua exposição sobre o brincar e a busca do eu, fornecendo-nos a indicação para o procedimento terapêutico, que seria a de:

(...) propiciar oportunidade para a experiência amorfa e para os impulsos criativos, motores e sensórios, que constituem a matéria-prima do brincar. É com base no brincar, que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem. Não somos mais introvertidos ou extrovertidos. Experimentamos a vida na área dos fenômenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos. (p. 93).

Além de pontuar a importância do brincar enquanto experiência criativa e dos danos que o analista pode causar ao interromper o brincar da criança pela interpretação, ele relaciona a interpretação do analista com a capacidade de brincar.

A interpretação fora do amadurecimento do material é doutrinação e produz submissão. Em consequência, a resistência surge da interpretação dada fora da área de superposição do brincar em comum de paciente e analista. Interpretar quanto o paciente não tem capacidade para brincar, simplesmente não é útil, ou causa confusão. Quando existe um brincar mútuo, então a interpretação, segundo os princípios psicanalíticos aceitos, pode levar adiante o trabalho terapêutico. Esse brincar tem de ser espontâneo, e não submisso ou aquiescente, se é que se quer fazer psicoterapia. (Winnicott. 1971a, p. 75-76).

Ao longo dessa passagem, ele chama nossa atenção para o momento de interpretar o brincar das crianças. Ao fornecer uma interpretação, precisamos estar atentos ao processo emocional do nosso paciente. Se o paciente já adquiriu a capacidade de brincar, então podemos fazer uso da interpretação; quando isso ainda não foi possível, o trabalho de análise caminha não no sentido da interpretação, mas em auxiliar o desenvolvimento do brincar.

Na clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos, as ideias de Winnicott sobre o brincar são de extrema importância. Primeiramente, devido à ênfase no brincar por si mesmo. Quando Winnicott alerta que o brincar faz parte do processo de desenvolvimento emocional e de constituição psíquica da criança, e quando na clínica deparamos com situações em que a criança ainda não adquiriu a capacidade de brincar de forma espontânea e prazerosa, começamos a

pensar não apenas no brincar, mas também no desenvolvimento da capacidade de brincar, pois, como vimos, o brincar não é uma experiência dada e, sim, uma conquista no desenvolvimento. Winnicott alerta justamente para a importância de se estabelecer um ambiente acolhedor e facilitador no desenvolvimento dessa capacidade, já que, através do brincar, o paciente manifesta sua criatividade e o eu (*self*) é descoberto e fortalecido.

Além disso, quando estamos acostumados a pensar no processo analítico em termos de interpretação dos sonhos, do brincar e da relação analítica, e quando, na clínica com essas crianças, não conseguimos utilizar palavras para interpretar, sentimo-nos sem recursos técnicos e desamparados quanto ao fazer clínico. Mas quando pensamos que “o brincar é por si mesmo uma terapia. Conseguir que as crianças possam brincar é em si mesmo uma psicoterapia que possui aplicação imediata e universal”, e quando verificamos clinicamente a diferença que o brincar faz em nosso trabalho e no desenvolvimento da criança, sentimo-nos aliviados, seguros e esperançosos (Winnicott, 1971a, p. 74).

Quando isso acontece em nossa prática clínica, entendemos a afirmação de que “onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é.” (Winnicott, 1971a, p. 59). Principalmente na clínica com essas crianças, muitas vezes esse se torna o próprio objetivo da análise. Nessa clínica, estamos constantemente possibilitando o brincar como uma experiência criativa na continuidade espaço/tempo. Como expôs Winnicott: “a compreensão sobre nosso trabalho será auxiliada se nos inteirarmos de que a base do que fazemos é o brincar do paciente, uma experiência criativa a consumir espaço e tempo, intensamente real para ele”. Também é possível compreendemos como “uma psicoterapia de tipo profundo pode ser efetuada sem trabalho interpretativo.” (Winnicott, 1971a, p. 75).

Diante dos pressupostos teóricos e clínicos expostos, observamos que Winnicott funda uma técnica de trabalho própria, desenvolvendo uma nova compreensão sobre a relação analítica, sobre o brincar e sobre o papel do analista. Ele também acrescenta novos objetivos ao processo de análise, tais como: auxiliar a retomada do processo de amadurecimento emocional e a instauração de um espaço potencial, favorecendo o surgimento do brincar compartilhado. Outro objetivo é proporcionar o viver criativo, construindo um espaço onde o *self* criativo possa emergir de tal forma que o paciente possa sentir-se real.

Nesta tese, tomo o brincar como um modelo para pensar a própria relação analítica. Proponho pensar não apenas o *holding*, o manejo e a interpretação, mas também o brincar, no qual temos um ir ao encontro do paciente e uma atividade do analista. Isso nos permite conceber a clínica como um jogo do rabisco, no qual paciente e analista brincam e constroem juntos, a partir de suas subjetividades e suas singularidades, surpreendendo-se com o que criam juntos. Isso demanda do analista uma locomoção pelo espaço potencial, no mundo do faz de conta, sem perder sua função analítica. Nesse modelo, o importante não é apenas o que acontece com o paciente ou com o analista em termos transferenciais e contratransferenciais, mas o que acontece “entre” eles, o que surge entre paciente e analista na transicionalidade. Por fim, acredito que esse modelo é especialmente importante na clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos na qual o brincar surge como um dos objetivos do próprio trabalho de análise.

A relação analítica como espaço potencial

Nesse subtítulo, identifico como a ideia da transicionalidade influencia a postura clínica de Winnicott e como ela pode nos auxiliar na clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos, isto é, como essa área existente entre a objetividade e a subjetividade pode contribuir no nosso trabalho clínico, o que pode causar certo estranhamento ao leitor, pois proponho pensar a relação analítica em termos de espaço potencial, principalmente na clínica com essas crianças, onde a dificuldade está em lidar com o mundo externo e com a realidade compartilhada.

Contudo, neste trabalho, tomo o espaço potencial como um conceito fundamental para pensar o **lugar do analista** nessa clínica. Assim, tomo como referencial o analista e não a criança já que muitas delas ainda não alcançaram a constituição desse espaço. Penso que o espaço potencial enquanto lugar do analista é extremamente importante nessa clínica, pois se trata de um tipo de relação em que as crianças estão continuamente destituindo o lugar de pessoa do analista. Por meio desse espaço, o analista pode sobreviver a intensa privação e a desorganização que a relação com essas crianças suscitam. Habitar o espaço potencial possibilita ao analista continuar em disponibilidade para essas crianças.

Acredito, então, que pensar a relação analítica enquanto espaço potencial, como uma área intermediária e de experiência, onde podem ocorrer fenômenos transicionais, experiência de ilusão e o brincar criativo, é de grande valia. Nessa formulação, considero a análise operando no campo intersubjetivo e funcionando como um espaço transicional, onde o eixo transferência/contratransferência se estabelece como um espaço potencial e o brincar da criança emerge como um dos objetivos do trabalho.

Na prática clínica com essas crianças, observo que a relação analítica não pode ser examinada sem considerarmos os requisitos necessários para acolhermos aspectos anteriores à capacidade de representação simbólica que carregam sentido subjetivo. Isso me levou a compreender a relação analítica não só como um campo para a revivência das experiências, mas também como um campo de experiência, conforme apresentei no fim do capítulo 2 e que agora dou continuidade.

Como não nos surpreendermos com o fato de que Winnicott saiu de uma tradição kleiniana, que pensava a relação analítica em termos de “situações totais de transferência”, onde tudo é transferência e a cada sessão devemos interpretá-la, para desenvolver uma postura clínica crítica com o excesso de interpretações, chegando a teorizar sobre os efeitos nocivos de tal técnica e da necessidade de o paciente manter um *self* privado e secreto?

Ressaltei, por meio dos *itálicos*, a preocupação de Winnicott com a questão da experiência, experiência enquanto fenômeno necessário para o desenvolvimento emocional do sujeito. Um texto dele que aborda essa questão, e que nos auxilia pensar a situação clínica com essas crianças é “A observação de bebês numa situação padronizada” (Winnicott, 1941).

Esse artigo é resultado de sua experiência observando bebês entre os cinco a treze meses de idade, por cerca de vinte anos, em uma situação padrão, na qual o bebê era examinado. Quando escreve esse artigo, Winnicott antecipa o que desenvolveria nos próximos vinte anos, como o brincar, a criatividade e os fenômenos transicionais.

Nessa situação padrão, o bebê é posto no colo da mãe, de frente para Winnicott, com o ângulo da mesa colocado entre eles, e, sobre a mesa, há uma espátula reluzente. O bebê encontra-se em uma posição tal que, se desejar, pode alcançar a espátula com a mão. O modo como as mães reagem a essa situação já mostra o modo como elas são em casa, se são ansiosas, se são

precipitadas ou se agem de maneira impulsiva. Com relação ao comportamento do bebê, temos que ele se sente inevitavelmente atraído pelo objeto metálico reluzente, que pode estar balançando. Diante dessa situação, ele descreve o que considera uma sequência normal de eventos, exposta em três estágios.

No primeiro estágio, denominado de “período de hesitação”, o bebê é atraído pela espátula, avança sua mão para a espátula, mas descobre que a situação exige uma consideração maior. O bebê, então, hesita em pegar a espátula, olha para Winnicott e para mãe, observa e espera ou, então, retira completamente o seu interesse e enterra o rosto na blusa da mãe. Segundo Winnicott, normalmente, sem nenhum reassseguramento dado ao bebê, ressurgem gradual e espontaneamente o interesse do bebê pela espátula.

No segundo estágio, a boca do bebê se torna flácida, enquanto a língua parece grossa e macia, e a saliva flui copiosamente. O bebê aceita a realidade de seu desejo e se torna corajoso para colocar a espátula na boca. Não se passa muito tempo para ele colocá-la na boca e mastigá-la com suas gengivas. Nesse momento, “a mudança no comportamento do bebê é marcante. Em vez de expectativa e quietude, agora há autoconfiança e movimentos livres do corpo, relacionados com a manipulação da espátula” (p. 114).

No terceiro estágio, o bebê deixa a espátula cair como que por acaso. “Se ela lhe é devolvida ele fica contente, brinca com ela novamente e a deixa cair mais uma vez, agora menos ‘por acaso’. Quando ela lhe é devolvida de novo, ele a joga propositalmente”. No final dessa fase, o bebê ou pede para descer e brinca com a espátula no chão ou ele perde o interesse por ela e parte em direção a outro objeto (p. 115).

Para Winnicott, qualquer variação em relação a essa sequência é significativa, sendo que a “variação mais frequente e mais interessante ocorre durante a hesitação inicial, que pode estar

ausente ou então ser exagerada”. Quando a hesitação está ausente, temos que o bebê não leva mais de um segundo para pegar a espátula e levá-la à boca. Já quando a hesitação está exagerada, o bebê aparentemente não se interessa pela espátula e levará muito tempo até tomar consciência de seu interesse ou até tomar coragem para demonstrá-lo. Se a inibição é severa, haverá sofrimento intenso. Outra variação é quando o bebê agarra a espátula e, imediatamente, joga-a não chão, sem levá-la à boca, e repete o gesto tantas vezes quanto ela for substituída pelo observador. Em todos os casos há desvio da normalidade quando comparados com outras crianças na mesma situação, e podemos traçar uma correlação entre essas variações e o relacionamento da criança com o analista.

O autor explica que a experiência de desejar, de pegar e de se apossar da espátula, sem alterar a estabilidade do ambiente, funciona para a criança como uma espécie de “aula de objeto” ou de “lição de objeto”, que tem um valor terapêutico. Ao longo de toda a infância, “*experiências* desse tipo não são apenas temporariamente reasseguradoras: o efeito cumulativo de experiências gratificantes e de uma atmosfera amistosa em torno da criança é uma construção de sua confiança nas pessoas do mundo externo e de um sentimento geral de segurança”, fortalecendo seu sentimento de estabilidade, gerando as fundações de seu desenvolvimento emocional. Dessa forma, a experiência em si, do jogo da espátula, provoca mudanças em direção à saúde (p. 128, *italico meu*).

Winnicott finaliza o artigo com um pequeno tópico – que para esta tese é de grande importância – intitulado “*experiências totais*”, onde afirma que o terapêutico nessa situação padrão é “*que uma experiência ocorra em toda a sua extensão*”: o direito do bebê em completar uma experiência, passando pelo período da hesitação, do uso de objetos e de jogar fora os objetos, uma vez que isso tem o valor de uma lição de objeto (p. 129, *italicos do autor*).

Traçando um paralelo dessa situação com a clínica, Winnicott explica que o analista permite que o paciente marque o ritmo das sessões, dá a liberdade de ele ir e vir, e cada interpretação pode ser comparada “a um objeto reluzente que excita a voracidade do paciente” (p. 129). Da mesma forma que o bebê fica perturbado com a perda da espátula no final do segundo estágio, quando é mandado embora, o paciente também fica sem ter completado sua experiência em toda sua extensão.

Ao analisar esse artigo de Winnicott, Safra (1999) explica que nele encontramos o que considera ser a matriz clínica do pensamento winnicottiano, onde a dimensão do tempo aparece como fator fundamental na situação clínica. Para ele, a espera de Winnicott nas observações evidencia a importância da presença do analista como sustentação da situação clínica no tempo, dando condições para o aparecimento do gesto do paciente. Ele, então, chama a atenção para a função fundamental que tem o esperar do analista para que o seu paciente realize o gesto de apropriação do mundo, aí estando o papel do tempo na condução do processo analítico, criando o lugar onde o acontecer humano possa ocorrer. Ele mostra ainda que, assim como o jogo da espátula, a sessão necessita de um começo, um meio e um fim, observando, na sessão, os três períodos descritos: a hesitação, o uso e a finalização.

Tomando a experiência do jogo da espátula para compreender a clínica, como faz Safra (1999) e Avellar (2004), ressalto a importância de que *uma experiência ocorra em toda a sua extensão na relação analítica*, de tal forma que essa experiência proporcione uma “lição de objeto”, a partir da qual o indivíduo tenha uma experiência de acontecimento que possa modificar a maneira como ele se coloca frente a si mesmo, frente aos outros e frente ao mundo.

Essas modificações são denominadas por Safra (1995) de “momentos mutativos”, momentos em que o paciente sente-se confiante em regredir e em buscar, na figura do analista,

um objeto com que possa estabelecer uma experiência que não havia sido possível no passado. O autor explica que essa experiência não só muda a visão que o paciente tinha do mundo, das relações objetais e de si mesmo, mas também reintegra, no seu psiquismo, aspectos dissociados do próprio eu, que não puderam ser integrados e vivenciados de forma positiva. Enfim, nesses momentos, está-se em presença de uma aquisição significativa no universo pessoal do sujeito, proporcionada pela dinâmica da relação analítica.

Nesse sentido, Safra destaca que a sessão é um espaço de experiência:

A sessão será mais um *espaço de experiência* do que um *lugar de cognição*. O trabalho com a transferência não será tanto feito pela interpretação decodificadora, mas pela utilização dela como campo de aparecimento do gesto que apresenta o *self* do paciente. O analisando busca o analista na esperança de encontrar a função e o campo que lhe possibilitarão emergir como ser existente e inserido na cultura e na história do homem. Busca a experiência pela qual poderá criar a constituição e a evolução de seu *self*. Essa experiência organiza-se em vivência estética que dá origem aos símbolos do *self*. Temos, por estes vértices, todo um âmbito de trabalho e investigação no campo psicanalítico. (Safra, 2005a, p. 30, *itálicos do autor*).

Baseado no fato de que o ser humano se constitui na experiência, Safra (2007b) afirma que o trabalho de análise consiste não apenas em um “falar sobre”, mas também em um “viver com”, o que leva a um outro tipo de “estar com” o analisando. Ele ressalta que, quando se está no campo do já vivido e que foi jogado para o inconsciente por conta das ansiedades, o olhar do analista procura o que o sujeito nega e esconde. Nesse caso, o foco está na defesa e na ansiedade. Por outro lado, quando se está no campo do não vivido, o olhar do analista se volta para o que o paciente revela, fala, mostra e não para o que ele oculta. Nesse sentido, não se *escuta* os deslizos da linguagem, mas, sim, se está *atento* ao que o paciente revela. O analista está em uma posição de abertura ao outro, isto é, em posição de disponibilidade.

Além dessa disponibilidade, o analista necessita gerar confiança, uma vez que “o espaço potencial acontece apenas *em relação a um sentimento de confiança*”, isto é, o paciente precisa sentir confiança relacionada à fidedignidade do ambiente, nesse caso, um sentimento de confiança no fator ambiental e na figura do analista (Winnicott, 1967a, p. 139, *itálicos do autor*). Onde há confiança e fidedignidade, há também um espaço potencial, uma área de separação entre o eu e o outro, que pode ser preenchida criativamente com o brincar. A confiança do bebê na fidedignidade da mãe, e a do paciente na do analista, torna possível uma separação do não eu a partir do eu. Ao mesmo tempo, podemos dizer que a separação é evitada pelo preenchimento do espaço potencial com o brincar criativo, com o uso de símbolos e com tudo o que acaba por se somar a uma vida cultural (Winnicott, 1967a, p. 151).

Clinicamente é possível observar um pouco do destino do espaço potencial: observamos crianças caminhando para o brincar compartilhado e, por outro lado, crianças que não ingressam nessa área de brincadeira. Esse é um ponto crucial e que requer estudo, pois o estabelecimento ou não do espaço potencial e do brincar influencia diretamente a nossa forma de trabalho. Percebemos que, quando tudo corre bem, temos que o bebê consegue usar objetos transicionais, instaura-se o espaço potencial e obtemos o brincar compartilhado.

Contudo, na clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos, deparamo-nos com situações de falha ambiental precoce, que inviabilizaram o desenvolvimento emocional da criança; impedido o surgimento dessa área de experiência compartilhada, a criança não tem a oportunidade de viver criativamente e de usar objetos reais. A criança privada disso é muitas vezes inquieta e incapaz de brincar, apresentando um empobrecimento da experiência criativa.

Nesse sentido, Winnicott explica que a impossibilidade de brincar da criança, isto é, a perda da área da brincadeira e a perda do símbolo, está ligada a um fracasso da fidedignidade do

ambiente. Em algumas circunstâncias, o espaço potencial se preenche com os produtos da própria imaginação criativa do bebê, o que nos leva a pensar nos casos de psicose. Nas desfavoráveis, há ausência do uso criativo de objetos ou esse uso é relativamente incerto; aqui, podemos pensar no autismo infantil. Temos ainda outra situação, que Winnicott descreve como “falso *self*”, uma defesa do “verdadeiro *self*”, ocultando-o, mas existindo como potencial para o uso criativo de objetos (Winnicott, 1967a, p. 141). Em conclusão, ele espera que:

(...) tenha chegado o momento em que a teoria psicanalítica comece a prestar tributo a essa *terceira área*, a da experiência cultural, que é um derivado da brincadeira. Os psicóticos insistem em nosso conhecimento dela, e sua importância cresce para nossa avaliação das vidas dos seres humanos, antes que de sua saúde. (Winnicott, 1967a, p. 142, *itálicos do autor*).

Compartilhando da concepção winnicottiana da relação analítica, procuro mostrar a importância de o analista se manter em disponibilidade para o paciente não apenas como figura de transferência, mas também com sua subjetividade, possibilitando experiências constitutivas. A partir da análise das obras de Freud e de Klein, verificamos que o analista deve ser um espelho quase invisível de sua pessoalidade, nada de si deve ser revelado na relação analítica, ou seja, o analista está no lugar da neutralidade e da abstinência. Essa concepção de neutralidade e de abstinência marca uma ética fundada na noção de transferência como deslocamento, na qual o analista não deve promover os descolamentos, mas, sim, aceitá-los a partir do analisando. Partindo dessa regra, o paciente pode projetar suas fantasias e seus desejos transferenciais e o analista pode interpretá-los.

Todavia, na clínica winnicottiana, a noção de transferência não está relacionada à questão do deslocamento; o analista é importante não só como pessoa que possibilita a projeção e como figura de transferência, mas também como uma pessoa com sua subjetividade e corporeidade,

com a qual se pode relacionar, usar e brincar. Assim, ambos, analista e analisando, estão implicados no processo psicanalítico e procuram habitar o espaço potencial.

Safra (2000) explica que a ética na concepção winnicottiana não é dada pela questão da neutralidade, mas do rigor; no rigor do analista frente à questão que o paciente formula. A ética está marcada pelo reconhecimento da questão da alteridade e da singularidade da experiência humana. O analista é uma pessoa em disponibilidade para o outro, que não apenas observa e interpreta, mas também brinca junto. Nessa concepção, a própria situação clínica se dá pelo encontro humano. Percebemos, então, que ao trabalhar no campo da transicionalidade, e com base na noção de espaço potencial, rompe-se com a ideia de neutralidade e de abstinência do analista.

Caminhando nesse sentido, Kupermann (2008) explica que, nesse estilo clínico, “as balizas passam a ser não mais a associação livre, princípio de abstinência e interpretação, porém *associação livre, regressão e jogo*”, indicando a importância do encontro afetivo na relação analítica e a disponibilidade afetiva do analista. Para ele, as contribuições mais originais de Winnicott estão justamente nos sentidos dados à regressão e ao jogo, ao lado da associação livre, como balizas da experiência psicanalítica (p. 95, *itálicos do autor*).

Nesse tipo de clínica temos o que Kupermann (2003) denomina de “presença sensível”, uma aposta na qualidade do encontro afetivo que se estabelece entre analista e analisando, o que conduziu à criação de um estilo clínico baseado em uma ética do cuidado, ilustrada pelas figuras da regressão à dependência e do brincar compartilhado. Ele explica que essa sensibilidade é oriunda do campo da estética e é empregada como a “*capacidade de afetar e de ser afetado pelo outro*, e não no sentido coloquial, que poderia nos remeter às ideias de plácida benevolência ou compreensão ilimitada e passiva, etc.” É uma disponibilidade afetiva do analista em se afetar

pela experiência clínica, acolhendo as manifestações de amor e de ódio de seus analisandos. Ao privilegiar a expressão e o encontro de afetos para a produção de sentidos, o analista acaba por configurar uma “clínica do sensível” (p. 130, *itálicos do autor*).

Nessa “clínica do sensível”, Kupermann (2005) explica que “a produção de sentido é entendida como efeito de um encontro entre analista e analisando, que se torna possível pela criação de um espaço de jogo no qual são produzidos sensações e afetos cujas expressões serão, em si, geradoras de novos modos de subjetivação” (p. 175). Ele alerta que não se trata de ocupar, na relação analítica, apenas o lugar das imagens inconscientes paternas e maternas do analisando, “mas de poder fazer contato com a criança que habita também o psicanalista, promovendo o encontro lúdico e criativo inerente à concepção da análise através do brincar” (p. 102). A partir dessa citação, o autor nos chama atenção para a importância da experiência de afetação mútua. Em outro momento, Kupermann (2004) coloca que o desafio contemporâneo dos psicanalistas seria o de escutar o paciente, colocando-se à disposição de modo sensível às experiências de afetação mútua, capaz de acolher o outro em sua diferença. O analista, por meio da empatia (“sentir de dentro”), compreende o sofrimento do paciente.

Com relação a essa afetação do analista, Safra (2005b) esclarece que o ser humano cria campos estéticos, espaciais e temporais, e que, como corpo vivo, o analista é afetado por esses campos que revelam a história, o sofrimento e as questões do paciente. Assim, temos duas formas de comunicação: aquilo que o paciente fala e aquilo que ele faz o analista sentir através desses campos. Essa comunicação traz a possibilidade de o analista, por meio da sensibilidade e da alteridade, colocar em palavras aquilo que esses campos informam sobre o paciente. Compreendemos, então, que a clínica é caracterizada por dois momentos: o momento quando as experiências são vivenciadas, e o momento quando as experiências são vinculadas às histórias de

vida do paciente, resignificando-as. O paciente vive a experiência e a integra, apropriando-se reflexivamente sobre si mesmo.

Após ter definido e discutido os objetos e fenômenos transicionais, ressaltando a importância dessa área transicional de experiência e tomado brincar como modelo para pensar a relação analítica, espero ter demonstrado a importância de pensar a relação analítica não apenas em termos de transferência e contratransferência, mas também em termos de experiência, quando paciente e analista são afetados pela situação clínica. E, ainda, a possibilidade de pensar a relação analítica como espaço potencial, no qual é possível acolher e proporcionar a experiência do brincar. Acredito que essa forma de pensar é especialmente importante na clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos na qual o brincar surge como um dos objetivos do próprio trabalho de análise. Assim, a partir da transicionalidade, o analista pode ocupar um lugar diferente no processo de análise, podendo acolher e proporcionar experiências constitutivas.

CAPÍTULO 04 - OS ESTADOS AUTÍSTICOS E PSICÓTICOS EM CRIANÇAS

“Somos de fato muito pobres se formos apenas sãos”
(Winnicott, 1945, p. 225)

Uma introdução aos estados autísticos e psicóticos em crianças

Atualmente, os profissionais de saúde utilizam duas fontes para a classificação dos distúrbios psiquiátricos na infância: a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV).

O CID-10 (1993) classifica os estados autísticos e psicóticos em uma categoria denominada “Transtornos Globais do Desenvolvimento” (TGD), (F.84), que inclui transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais e das modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e de atividades restrito, estereotipado e repetitivo.

Nessa classificação, temos: 1) o **autismo infantil** (F84.0), que é descrito como um transtorno global do desenvolvimento, caracterizado por um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e por uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo, incluindo a psicose infantil, a síndrome de Kanner e o transtorno autístico; 2) o **autismo atípico** (F84.1), transtorno do desenvolvimento que ocorre após os três anos e que não corresponde a todos os três grupos de critérios diagnósticos do autismo infantil; e 3) a **síndrome de Asperger** (F84.5), que é caracterizada por uma alteração qualitativa das interações sociais recíprocas, semelhante à observada no autismo, com um repertório de interesses e de atividades restrito, estereotipado e repetitivo, diferenciada do autismo pelo fato de

não ser acompanhada de uma deficiência na linguagem oral ou no desenvolvimento cognitivo, podendo ser acompanhada por episódios psicóticos na idade adulta. Esses transtornos são classificados conjuntamente porque todos causam, de algum modo, distúrbios no desenvolvimento, afetando de várias maneiras e intensidades a comunicação, a interação social e o comportamento da criança.

Já no DSM-IV (1994) encontramos esses transtornos com a denominação de “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento” (TID), caracterizados “por prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação recíproca, habilidades de comunicação, ou presença de comportamento, interesses e atividades estereotipados.” (p. 65). Nessa classificação de transtorno invasivo do desenvolvimento estão incluídos: 1) Transtorno Autista; 2) Transtorno de Rett e o Transtorno de Asperger, dentre outros.

Mais recentemente, encontramos o termo “Transtorno do Espectro Autista” (TEA), que engloba o Autismo, a Síndrome de Asperger e o Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, nos trabalhos de Schwartzman e Araujo (2011).

Com relação ao autismo, em 2007, a Organização das Nações Unidas (ONU) decretou o dia 02 de abril como o “Dia Mundial de Conscientização do Autismo”, celebrado pela primeira vez em 2008. A ONU também estima que cerca de 70 milhões de pessoas no mundo estão dentro do espectro do autismo, sendo que, em crianças, é mais comum que o câncer, a Aids e o diabetes. Estatisticamente, encontramos mais meninos do que meninas dentro do espectro sendo a proporção de 4 meninos para 1 menina. Já a síndrome de Asperger é dez vezes mais frequente nos meninos. Alguns estudos explicam essa maior proporção nos meninos a uma maior exposição de testosterona durante a gestação (Baron-Cohen & col, 2002, 2008 e 2009), contudo é provável que isso não explique todos os casos de autismo, sendo apenas um dos fatores.

Temos também diversas organizações e associações, além de sites na internet, que visam a divulgar e a esclarecer esses quadros e que os descrevem em termos de comportamentos como: dificuldade de relacionamento e preferência pela solidão, riso inapropriado, pouco ou nenhum contato visual, aparente insensibilidade à dor, rotação de objetos, hiperatividade ou extrema inatividade, insistência em repetição, necessidade de controle, resistência à mudança ou à quebra de rotina, ausência de medo do perigo (consciência de situações que envolvam perigo), ecolalia (repetição de palavras ou frases), recusa de colo ou afagos, ausência de resposta a comandos verbais. Apesar de essas características serem descritas em diversos meios de comunicação, nem todos os pacientes apresentam todos esses comportamentos e eles variam na forma, na frequência e na intensidade.

Além dessas descrições, temos os famosos *checklists*. São diversos os questionários e as escalas destinados aos pais e aos profissionais, que podem ser preenchidos em situação de anamnese para a avaliação de autismo. Dentre eles temos o *Autism Screening Questionnaire* (ASQ), o *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), o *Autism Behavior Checklist* (ABC). No Brasil, encontramos duas escalas submetidas ao processo de validação: a “Escala de Avaliação de Traços Autistas” (ATA) e o “Inventário de Comportamentos Autísticos” (ICA) e a escala CARS.

Essas classificações e questionários descrevem os quadros em termos de transtornos, de sintomas e de distúrbios – de forma categórica – e não com o objetivo de compreender esses quadros. Essa categorização apresenta pontos positivos ao permitir a uniformidade da terminologia e a comunicação entre os diversos profissionais. No entanto, também apresenta desvantagens, uma vez que define os quadros por códigos que não levam em conta as sutilezas

que a prática clínica evidencia. Além disso, concentra-se no que as crianças têm em comum e não no que as distingue ou no que cada uma tem de particular e de único.

Outro problema recorrente desses diagnósticos e de algumas informações disponíveis é a dificuldade de serem compreendidos e elaborados pela família. Normalmente, os pais chegam para as consultas iniciais angustiados e preocupados com os diagnósticos recebidos ou com alguma constatação que fizeram. É comum já terem passado pelo pediatra, pelo psiquiatra infantil e pelo neurologista. Chegam contando o percurso realizado, munidos de um papel médico com o código F84. Muitas vezes, receberam explicações sobre a problemática e sobre o diagnóstico, mas não foram suficientemente amparados, cabendo ao psicólogo clínico ou ao psicanalista esse suporte no sentido de auxiliá-los a elaborar e a se organizar minimamente para cuidarem do filho.

Além da dificuldade em lidar com o fato de que o filho foi diagnosticado como autista ou psicótico, os pais têm de lidar com diversos profissionais que, muitas vezes, compreendem o fenômeno de forma diferente ou até mesmo discordam quanto ao diagnóstico, ao tratamento e ao prognóstico. Não apenas entre os profissionais de diferentes áreas, mas dentro do universo da psicologia e da própria psicanálise temos pontos de vista diversos, o que é rico, mas que pode gerar muita confusão para os pais.

Apesar desse risco, acredito que abordagens que busquem compreender os estados autísticos e psicóticos, e não apenas classificá-los, auxiliam nas pesquisas da área, que são relativamente recentes. Com esse intuito, busco compreender esses estados baseando-me no desenvolvimento emocional e na influência do ambiente, trazendo a contribuição de alguns psicanalistas e da teoria de Winnicott para a compreensão e para o acolhimento desses pacientes.

Nesta tese, as ideias de Winnicott a respeito da etiologia dos distúrbios psiquiátricos são consideradas. Levo em conta a importância dos fatores genéticos e hereditários e das pesquisas que buscam identificar a etiologia desses quadros em fatores orgânicos e neurológicos, mas, também, ressalto a influência do ambiente e da relação inicial entre mãe e bebê, acreditando na possibilidade de uma leitura mais complexa, onde as diversas concepções sejam respeitadas.

A relação com o desenvolvimento emocional

Ao escrever sobre a contribuição da psicanálise na classificação psiquiátrica, Winnicott (1959-64) ressalta três contribuições de Freud: a relação do sujeito com a realidade; a formação de sintomas; e a etiologia que exige do clínico uma atenção com relação à história do paciente. Além desses três aspectos, trago a contribuição de outros psicanalistas como Klein, Bion e Winnicott para a compreensão dos quadros psicopatológicos, mostrando que formas de funcionamento psíquico, antes restritos ao campo da patologia, fazem parte do desenvolvimento e do processo de constituição do sujeito. Procuro ainda justificar a terminologia “estados autísticos e psicóticos” utilizada nesta tese.

A primeira autora que trago é Melanie Klein, que ao estudar os estágios iniciais do desenvolvimento revela uma nova forma de compreender o patológico. Essa autora aponta para a necessidade de pensá-lo como um fenômeno mais generalizado e comum do que até então se supunha. Ela chega “à conclusão de que é preciso expandir o conceito de esquizofrenia em particular e de psicose em geral, no que diz respeito à sua ocorrência na infância.” (Klein, 1930b, p. 268). Caminhando nesse sentido ela desenvolve os conceitos de posições esquizo-paranóide e

depressiva. Sua teoria do desenvolvimento mental é pensada em termos desses dois modos básicos de funcionamento psíquico que se organizam e se alternam ao longo da vida.

A posição esquizo-paranóide é a que interessa aqui ressaltar, visto que ela se refere ao período do desenvolvimento caracterizado por mecanismos e por ansiedades arcaicas de natureza paranóide e esquizóide. Nessa posição, a ansiedade predominante é a persecutória (paranóide) e o estado predominante do ego é fragmentado e cindido (esquizo). Para Klein, as “ansiedades, mecanismos e defesas do ego, de tipo psicótico, da infância, têm influência profunda sobre todos os aspectos do desenvolvimento, inclusive sobre o desenvolvimento do ego, do superego e das relações de objeto.” (Klein, 1946, p. 21).

Trago o conceito de posição esquizo-paranóide de Klein pelo fato de ele evidenciar o dinamismo existente no funcionamento psíquico e fornecer contribuições para pensar aspectos anteriormente vistos no campo da patologia como fazendo parte do processo de estruturação do sujeito. Em outras palavras, que mecanismos, defesas e relações de objeto que constituem a base da esquizofrenia fazem parte, ao mesmo tempo, do desenvolvimento psíquico do sujeito.

Bion (1957), expandindo as postulações de Klein, concebe que todo indivíduo conserva em sua mente a coexistência recíproca, e em permanente interação, entre o que ele denomina de “parte psicótica da personalidade”, com outra parte, a “não psicótica (ou neurótica) da personalidade”. Dentre os elementos psíquicos que compõem essa “parte psicótica” temos a existência de fortes pulsões agressivas e destrutivas, com predomínio da inveja e da voracidade; um baixíssimo limiar de tolerância às frustrações; relações predominantemente de natureza sadomasoquista; uso excessivo de cisões (*splittings*) e de identificações projetivas.

Com relação ao autismo, temos os trabalhos de Frances Tustin (1978 e 1986) – sobre estados psicóticos e barreiras autistas em pacientes neuróticos – e de Marion Milner (1989),

quando questiona a existência de áreas autistas em todos nós. Nesses trabalhos, podemos ver a descrição de pacientes classificados como neuróticos, utilizando de defesas e de mecanismos tipicamente relacionados aos quadros autistas.

Essas concepções chamam nossa atenção para áreas e para mecanismos de funcionamento autístico ou psicótico e para aspectos do desenvolvimento normal infantil. Ainda nos leva a refletir sobre o fato de que pensar esses estados em termos de sintomas (como os manuais de psiquiatria) e de estrutura (neurose, psicose e perversão, como alguns psicanalistas o fazem) não abarca fenômenos observados na clínica. Além disso, da mesma forma, encontramos pacientes classificados como autistas e psicóticos com áreas e com mecanismos de funcionamento tipicamente neuróticos. Assim, em cada paciente em estado autista ou psicótico também encontramos partes não autistas e não psicóticas da personalidade.

Como base nessas concepções, Winnicott (1965) afirma que elas envolvem não apenas “a idéia de uma fase de loucura no desenvolvimento infantil, mas apesar disso, deve-se deixar aberta a porta para a formulação de uma teoria em que uma certa experiência de loucura, seja o que for que isso possa significar, é universal.” (p. 96). Ele constata que, nos estágios iniciais do processo maturacional, verificamos os mesmos fenômenos que aparecem nas várias formas de “esquizofrenias”, podendo-se equiparar bebês e “psicóticos”, no que se refere à falta de constituição de si mesmo, ao estado de “não-integração” e à ausência de contato com a realidade externa. Ele conclui que existe “a gradação natural entre as fraquezas comuns da natureza humana e a doença psicótica. Essas doenças psicóticas representam não mais que um exagero aqui e ali, e não implicam numa diferença essencial entre a sanidade e a insanidade.” (Winnicott, 1952, p. 311).

Ao escrever sobre o que acredita ser a essência da loucura, Winnicott (1963c) afirma que “a loucura se relaciona com a vida comum. Na loucura encontramos, ao invés de repressão, os processos do estabelecimento da personalidade e da autodiferenciação ao contrário.” (p. 198). Ou seja, que na psicose, os processos maturacionais, como integração, personalização e realização (relações objetais) estão invertidos, tendo-se desintegração, despersonalização, desrealização e perda de contato com a realidade, isto é, características relativas ao adoecimento psíquico são vistas como o “contrário” do desenvolvimento emocional.

Ao estudar os textos de Winnicott, observamos que sua forma de pensar os distúrbios mentais segue um critério maturacional e não apenas sintomatológico, o que abre portas para se pensar o autismo e a psicose de forma mais ampla, possibilitando novas reflexões que levam em consideração o desenvolvimento psíquico e o ambiente do indivíduo.

Acredito que as reflexões de Klein, Bion, Tustin e Winnicott, dentre outros autores, sobre a psicopatologia nos leva a uma postura diferenciada e mais humana. O foco não está em identificar e em descrever sintomas e déficits, em termos do que a criança não dá conta de fazer ou que comportamento bizarro ela possui, o que acaba gerando exclusão e categorização. Ao se pensar esses estados como fazendo parte do funcionamento psíquico, buscamos compreender o uso e o sentido que esses funcionamentos têm para as crianças, respeitando sua forma de ser e buscando oferecer condições a partir das quais as crianças podem abrir mão das defesas que as impedem de se relacionar com o outro e com o mundo.

Nesse momento, traço um paralelo mais direto entre as ideias de Winnicott e os estados autísticos e psicóticos. Primeiramente, tomo três artigos do autor que se referem especificamente ao tema e nos quais ele realiza uma crítica aos trabalhos de Kanner (1937 e 1943) e de Bettelheim (1967).

Ao revisar três livros sobre os estados autísticos, Winnicott (1938-63-66) apresenta sua postura clínica com relação ao tema. Em sua revisão do livro de Kanner (1937), ele é crítico em suas pontuações, mostrando sua divergência em relação a esse autor. Sua posição é a de que a classificação utilizada por Kanner (autismo infantil precoce) “é interessante e cuidadosamente elaborada, mas de alguma maneira não convence”, deixando “de apontar ou de explicar satisfatoriamente a normalidade de tantos dos sintomas da infância.” (p. 176). O autor ainda critica a falta de contato de Kanner com a psicanálise com crianças, com os estudos sobre o desenvolvimento emocional infantil e com a influência do meio ambiente.

Winnicott finaliza sua resenha explicando que o termo autismo tem um propósito didático, podendo ser ensinado aos pediatras sem envolvê-los no estudo do desenvolvimento emocional. Contudo, o autor se questiona quanto a essa forma de ensinar, uma vez que, perdemos “questões que são importantes no estudo deste assunto – a saber, a teoria do desenvolvimento inicial que conduz à observação de que a saúde mental do indivíduo está sendo assentada pela mãe simplesmente através de seus cuidados totais à criança.” (p. 178). Com essa afirmação, ele chama atenção não apenas para o processo do desenvolvimento do indivíduo como também relaciona a saúde mental com os cuidados à criança.

Em outro artigo, Winnicott (1966) argumenta que quando examinamos o tema do autismo sob o ponto de vista da dependência do sujeito em relação ao meio ambiente, “percebemos que é muito artificial falar sobre uma doença chamada autismo” (p. 180). O autor explica que quando estamos envolvidos com a história da mãe, sobre ela mesma e sobre o seu bebê, encontramos todos os graus da organização de uma sintomatologia, que quando organizada e estabelecida pode receber o nome de autismo. E ainda que, para cada caso de autismo que encontrou em sua

prática clínica, também encontrou centenas de casos onde havia uma tendência que foi compensada, mas que poderia ter produzido o quadro autista.

Em seguida, pontua alguns dos fenômenos que observamos na clínica, como o fato de encontrarmos graus menores de “autismo” e que um “certo grau desta mesma perturbação é de fato universal”, o que ele tenta transmitir é que “este é um termo clínico que descreve os extremos comuns de um fenômeno universal”. Para Winnicott, a dificuldade em perceber isso decorre do fato de que “muitos estudos clínicos foram escritos por aqueles que lidam com crianças normais e que não estão familiarizados com o autismo ou a esquizofrenia infantil, ou por aqueles que, em virtude da sua especialidade, só atendem crianças doentes e, em virtude da natureza do seu trabalho, não se envolvem nos problemas comuns do relacionamento mãe-bebê” (p. 185).

Em outro momento, Winnicott (1967c) explica que o rótulo de autismo forneceu, aos acostumados com síndromes e entidades patológicas, uma “falsa trilha”, na qual eles podiam colocar casos de autismo, convenientemente, dentro de um grupo com uma fronteira artificialmente clara, não existindo, contudo, uma fronteira definida, já que “qualquer um dos elementos descritivos pode ser examinado separadamente e pode ser encontrado em crianças não autistas, e mesmo em crianças que são chamadas de normais e sadias.” (p. 194).

Ele alerta ainda para o cuidado que a tarefa de diagnóstico exige, uma vez que o diagnóstico do paciente não apenas fica cada vez mais claro à medida que a análise prossegue como também se altera. Assim, “uma histérica pode se revelar uma esquizofrênica subjacente, uma pessoa esquizóide pode vir a ser um membro sadio de um grupo familiar doente, um obsessivo pode se revelar um depressivo”, o que aponta para a necessidade de uma elaboração

contínua de diagnóstico durante o processo terapêutico e para mudanças em relação às demandas do sujeito e, conseqüentemente, no tipo de clínica realizada (Winnicott, 1959-64, p. 121).

Essa dificuldade de delimitação e de enquadramento também está ligada à heterogeneidade das formas clínicas. Diante dessa heterogeneidade, Costa (2003) afirma que não existe *a psicose*, mas *as psicoses*, e Rocha (1997) prefere a utilização do termo *autismos* em vez de *autismo*, o que, segundo Joel Birman, seria “uma maneira delicada e pontual de poder se referir à singularidade inquietante de cada um dos autistas” e assim também de cada um dos “psicóticos” (Birman, in Rocha org., 1997, p. 11).

Atualmente reconhecemos a existência de subgrupos dentro da própria classificação de autismo e de psicose. Tustin (1981) fez a distinção entre os “estados autísticos de encapsulamento”, que estaria mais próximo ao autismo infantil, e os “estados autísticos confusionais” à psicose infantil. Alvarez e Reid (1999) identificaram diferenças entre os estados autísticos entre crianças que evitam ativamente o contato (*withdrawn children*) das que se encontram em estados de isolamento (*undrawn passive children*). E Pires (2007) descreve diferenças entre os estados autísticos “inacessíveis” e os “ecolálicos”.

Winnicott (1966) alerta que a melhor maneira de estudar os estados autísticos é estudando os próprios casos clínicos, pois podemos ver as nuances do autismo, compreender o início da sintomatologia e auxiliar na recuperação da criança. Quando fazemos isso, o “assunto logo deixa de ser autismo e as raízes iniciais do transtorno que poderiam ter-se transformado em autismo, e passa a ser toda a história do desenvolvimento emocional humano e do relacionamento do processo maturacional em cada criança com a provisão ambiental que pode ou não, em cada caso particular, facilitar o processo maturacional.” (p. 181). Essa afirmação relaciona o adoecimento

mental com os processos do desenvolvimento infantil e também com o meio ambiente, isto é, com a influência do ambiente em termos de provisão ou de fracasso ambiental.

A influência do ambiente

Outra contribuição de Winnicott para pensar esses estados é a relação que ele faz entre a constituição psíquica e a influência do ambiente. Ele ressalta que o quadro clínico varia de acordo com o ambiente, chegando a questionar se “a esquizofrenia pode ser o estado normal de um indivíduo em crescimento ou que cresceu em um meio ambiente dominado por pessoas com traços esquizofrênicos.” (Winnicott, 1965, p. 97). Assim, a patologia é entendida também como uma forma de se desenvolver e de se adaptar ao próprio ambiente, pois “às vezes pode ser mais normal para uma criança estar doente do que estar bem.” (Winnicott, 1931, p. 58). Ele chama a atenção, inclusive, para a normalidade que tantos sintomas têm na infância, apontando para o fato de que os sintomas, em algumas crianças que vivem em determinado contexto, estão muito mais inseridos no campo do comportamento dito normal do que do patológico.

Winnicott ressalta a importância de levar em consideração tanto o processo de desenvolvimento do sujeito quanto o ambiente no qual ele está inserido. Para ele, “normalidade significa tanto saúde do indivíduo como da sociedade, e a maturidade completa do indivíduo não é possível no ambiente social imaturo ou doente.” (Winnicott, 1963b, p. 80). Assim, ao abordar os quadros psicopatológicos, ele leva em consideração vários fatores, entre eles a hereditariedade, o ambiente e o sujeito, já que “em um extremo há a hereditariedade; no outro extremo há o ambiente que apoia ou falha e traumatiza; e no meio está o indivíduo vivendo, se defendendo e crescendo.” (Winnicott, 1959-64, p. 125). Ele também considera a capacidade do

indivíduo de participar na criação, na modificação ou na manutenção do ambiente, ressaltando a capacidade do próprio sujeito de se desenvolver apesar de uma falha ambiental.

Esse ponto de vista sobre influência do meio no surgimento e na prevenção de dificuldades emocionais em crianças pode ser ilustrado por dois documentários relacionados à ausência ou à presença de cuidado e a separação da criança de seus cuidadores. O primeiro foi feito por James Robertson (1953) – que trabalhou com John Bowlby na Tavistock Clinic – e que virou um filme clássico para os analistas de crianças ingleses. Robertson retrata as fases do processo de uma criança de dois anos que permanece no hospital por oito dias, sendo privada do contato diário com sua mãe, sujeita a trocas frequentes de enfermeiras e longe de casa. No período de realização das filmagens, por volta de 1948-1949, os hospitais de Londres não permitiam as visitas frequentes dos pais; normalmente elas eram autorizadas apenas uma vez por semana, durante uma hora.

Ao iniciar as observações de crianças internadas nesses hospitais, Robertson fica surpreso com o estado emocional dessas crianças, principalmente as menores de três anos, apesar do cuidado médico eficiente. O psicanalista observa a presença de três fases na criança. Inicialmente, ela protesta a separação da mãe, chora, chama pela mãe e se mostra visivelmente estressada com a situação (*protest phase*). Em seguida, ela desiste da ideia de que a mãe vai voltar, perdendo as esperanças e ficando retraída e fechada (*despair phase*). Posteriormente, ela entra na fase de negação e de desvinculação afetiva da mãe (*denial/detachment phase*), quando passa a mostrar mais interesse pelas coisas e pelas pessoas ao redor do que pela mãe. Nessa fase, quando a mãe a visita ela aparenta mal conhecê-la e não se importa quando ela a deixa. Por fim, a criança parece não precisar de jeito nenhum da mãe e suas relações com os outros são superficiais e não confiáveis.

Apesar de essa situação relatada por Robertson ter diversos fatores envolvidos além do afastamento da mãe, como o ambiente não familiar, as trocas recorrentes de cuidadores e os procedimentos médicos invasivos, é muito comum encontrarmos relatos de pais e de psicanalistas, relacionando o isolamento autístico e a interrupção do desenvolvimento emocional da criança com o afastamento prolongado da mãe associado a uma ausência de um substituto materno que estabelecesse um vínculo afetivo com a criança (ver Eliacheff, 1993).

Caminhando em sentido oposto à experiência relatada de Robertson, temos o filme sobre o trabalho desenvolvido pelas cuidadoras do Instituto Emmi Pikler – Lóczy, em Budapeste. Nesse instituto, criado para abrigar crianças órfãs e/ou abandonadas, a cuidadora é orientada a repetir cada gesto intencionalmente nos três momentos do dia: higiene, alimentação e sono. A segurança afetiva vai-se construindo na qualidade do vínculo, configurada na estabilidade das relações e das ações repetidas cotidianamente pela cuidadora. As cuidadoras olham nos olhos de cada criança e comunicam verbalmente suas ações, antecipando todos os acontecimentos. Não é a quantidade do tempo dedicado à criança que determina a rotina, mas o envolvimento em cada uma dessas ações realizadas diariamente com cada criança no sentido de garantir qualidade na interação e vínculo almejados; em uma linguagem winnicottiana, no sentido de assegurar o *holding* e o *handling* à criança. Preocupada com o desenvolvimento da criança, e sabendo que ele depende da qualidade da relação que se estabelece com os adultos, as cuidadoras oferecem cuidados físicos e psíquicos para as crianças, uma vez que já se encontram em situações de vulnerabilidade, de quebra de vínculos e de institucionalização. A presença comprometida, sensível e respeitosa dos adultos garante o apoio e a segurança às crianças. Diferentemente das reações mostradas no documentário de Robertson, neste vídeo de Lóczy, observamos as crianças reagindo de forma viva, sensível e autônoma (sobre Lóczy, ver Falk, 2004).

Retomando Winnicott (1952), ele relaciona de forma mais direta os estados psicóticos com o meio ambiente, que, no primeiro momento de vida do bebê, é definido como os cuidados maternos. A ideia desse texto é a de que esse estado ocorre quando “o ambiente não consegue ocultar ou resolver as distorções do desenvolvimento emocional, levando a criança a organizar-se em torno de uma linha de defesa que se torna reconhecível como uma entidade patológica” e ainda que “as bases da saúde mental são lançadas na primeira infância pelas técnicas utilizadas com naturalidade por uma mãe preocupada em cuidar de seu filho.” (p. 305).

Em outro texto, Winnicott (1966) descreve alguns casos clínicos, ressaltando que em todos eles existiu uma dificuldade na relação mãe e bebê ou houve frequentes mudanças de cuidadores. Seu argumento é que “há certas dificuldades que surgem, quando coisas primitivas estão sendo experienciadas pelo bebê, que dependem não só das tendências pessoais herdadas como também do que é proporcionado pela mãe” (p. 189). O que o autor propõe, é que o autismo e a esquizofrenia infantil também podem estar relacionados com um fracasso adaptativo relativo nos cuidados iniciais ao bebê e com uma falha “em estabelecer contato com o bebê de uma maneira humana” (p. 191). Nesse sentido também temos diversos estudos da psicanálise com bebês e da relação mãe e bebê visando à identificação de fatores de adoecimento psíquico, à intervenção precoce e à prevenção (Houzel, 1999 e Acquarone (org), 2007).

Cabe ressaltar que, por mãe, Winnicott entende não apenas a figura materna que cuida do bebê, como também o ambiente. Solicito cuidado ao leitor para não tomar os momentos em que Winnicott se refere à mãe ou aos cuidados maternos, relacionando-os com os estados autísticos e psicóticos, como uma forma de culpabilizar a mãe pela psicopatologia do bebê e da criança, como o fez Bettelheim (1976) e Kanner (1943).

Bettelheim acreditava que as mães poderiam ser as responsáveis pelo autismo de seus filhos por serem afetivamente frias. Daí o rótulo de “mãe-geladeira” atribuído às mães de crianças autistas. Dessa forma, ele popularizou a ideia de que o autismo seria causado pela indiferença da mãe em relação à criança. Kanner também caminhou nesse sentido ao afirmar que as crianças autistas possuíam, em geral, pais muito inteligentes, mas pouco calorosos. Tanto Kanner quanto Bettelheim ignoram o fato de que estas mesmas mães teriam outros filhos não autistas e que a frieza dos pais poderia ser consequência da ausência de retorno da criança ao afeto que dedicavam a ela. Posteriormente, Kanner tentou retratar-se no seu livro "Em defesa das mães".

Hoje, sabemos que o autismo tem diversas causas ou etiologias, como as genéticas e as ambientais. Também sabemos da influência que a relação mãe e bebê exerce sobre a saúde mental, além da própria disponibilidade interna de cada criança. Observamos, por exemplo, que crianças em situações extremas de trauma conseguem, ainda assim, ter um desenvolvimento normal, enquanto outras, apesar da disponibilidade ambiental, acabam desenvolvendo defesas autísticas ou psicóticas.

Temos, ainda, estudos e relatos clínicos que descrevem o desenvolvimento de estados autísticos e psicóticos como uma reação a situações traumáticas. Tustin (1994) relaciona o autismo como consequência de uma experiência catastrófica de separação entre a mãe e a criança. Susan Reid (1999) descreve um subgrupo de crianças que desenvolveram defesas autísticas decorrentes de eventos traumáticos, que foi por ela denominado de “transtorno autístico pós-traumático” (*Autistic Post-Traumatic Developmental Disorder*). Cecchi (1990) e Barrows (2004) mostram o impacto que experiências traumáticas podem ter no desenvolvimento psicológico e no surgimento de estados autísticos. Rustin, Rhode, Dubinsky e Dubinsky (org,

1997) discutem casos de crianças e adolescentes que tiveram colapsos psicóticos após abuso sexual.

Apesar de todas essas influências, ainda hoje verificamos que muitos pais sentem-se culpados pelo adoecimento do filho, sendo que a elaboração desse sentimento é fundamental para o processo terapêutico da criança.

Com relação ao lugar dos pais, trago o trabalho de Durante (2007), que explica que o lugar dos pais na clínica com crianças autistas foi circunscrito e definido em torno de um debate dicotômico a respeito da própria gênese do autismo. De um lado temos a psicogênese, que atribui uma causa psíquica ao problema e que por muito tempo colocou os pais num lugar de “responsabilização culpabilizante”, de outro lado temos a organogênese, que apoiada no discurso médico e biológico atribui uma causa orgânica ao autismo, isentando os pais de qualquer tipo de responsabilidade frente ao adoecimento do filho.

Ao analisar os depoimentos de profissionais que compõem a equipe do Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL)⁵ – uma referência, no Brasil, no tratamento de crianças em estados autísticos e psicóticos –, Durante (2007) verificou que esses profissionais, a partir de suas práticas clínica, desenvolveram um posicionamento crítico, do qual compartilho, que desconstrói a conceituação diagnóstica devido aos efeitos negativos que ela gera no tratamento e na própria relação entre pais e filhos.

Esses profissionais passaram a dialogar e a reafirmar em seus discursos construções de sentido que remetem ao caráter mutável e ao verbo “estar” em sofrimento psíquico, em vez de “ser” autista ou psicótico, que pressupõe uma doença inata e biologicamente predestinada a não

⁵ Para maiores informações ver www.cppl.com.br e Rocha org (2006).

ter cura e a ter poucos avanços clínicos, tornando-se, inclusive, uma questão de identidade: o autista ou o psicótico. Essa forma de compreensão busca desconstruir sentidos que apontem para a rigidez e para a imutabilidade que o conceito de autismo e de psicose impõe aos indivíduos.

Na prática clínica, observamos que essa postura de abandonar e de desconstruir as ideias de rigidez, de imutabilidade e de impossibilidade que os diagnósticos psiquiátricos trazem, abre um leque de possibilidades e de novas construções de sentido que permite aos pacientes voltarem a ser definidos como sujeitos. Isso gera um impacto direto na nossa relação com os pacientes, pois assumimos um papel de apostar e de assegurar as possibilidades do desenvolvimento e das mudanças. Produz também um impacto na relação dos pais com os filhos, pois devolve aos pais, agora colocados na posição de implicados no processo, a capacidade de cuidar, construindo novas formas de olhar para o filho e de estar junto, recolocando os pais, como propõe Durante (2007), de um lugar de responsabilidade pela via da culpa, para um lugar de responsabilidade pela via do cuidado. Observamos, também, que essa nova postura possibilita mudanças, no que tange aos cuidados com crianças, por parte dos outros profissionais envolvidos no processo – professores, equipe pedagógica e profissionais da saúde –, que deixam de ocupar um lugar onde a passividade predomina e pouco se pode fazer pela criança, e passam a participar de forma ativa, onde muito pode ser feito, permitindo mudanças.

Ao mesmo tempo, enfrentamos dificuldades. A utilização do verbo “estar”, quando afirmamos que o sujeito “está” apresentando determinados sintomas, pressupõe uma condição de provisoriedade, enquanto que a utilização do verbo “ser”, a serviço da síndrome psicopatológica, considerada inata e determinada, pressupõe uma condição de permanência, sem solução. Isso tem sido tema de debates com outros profissionais de saúde. Aceitar que o sujeito “é” (o que significa “para sempre”) coloca-nos no campo das impossibilidades. E é nesse momento que

surge a contribuição da psicanálise que, com seus pressupostos teóricos e clínicos, desperta nosso interesse em abrir possibilidades e não em fechar diagnósticos.

Um último ponto da obra de Winnicott que gostaria de trazer é o fato de ele pensar os estados autísticos e psicóticos como defesas emocionais. Winnicott (1967c) afirma que o “autismo é uma organização de defesa altamente sofisticada” e que, nesse caso, “a criança leva consigo *a memória (perdida) da ansiedade impensável*” (“*unthinkable anxiety*” ou “*primitive agony*”). Esses estados surgem como uma “estrutura mental complexa” de defesa contra a recorrência da ansiedade impensável, sendo que esse tipo muito primitivo de ansiedade só acontece em estados de extrema dependência, antes da separação entre o eu e o não eu. Do seu ponto de vista, a característica essencial “*é a capacidade da mãe (ou da substituta da mãe) de se adaptar às necessidades do bebê através de sua capacidade sadia de se identificar com o bebê (sem, evidentemente perder sua própria identidade)*” (p. 195-196, *itálicos do autor*).

Ao mesmo tempo em que ele pensa nos estados autísticos e psicóticos como organizações defensivas patológicas contra as ansiedades impensáveis, ressalta a importância da revivência dessas ansiedades nos momentos de regressão em análise e o medo do colapso que o paciente sente em função delas, o que discuti no capítulo 02.

A ansiedade impensável, também denominada de “agonia primitiva”, “agonia impensável”, “terror sem nome”, é um tipo de ansiedade muito presente nos estados autísticos e psicóticos. No momento da dependência absoluta, o bebê não tem capacidade de suportar as falhas do meio, elas não podem ser elaboradas em termos de ódio e de raiva, configurando assim uma experiência traumática. As falhas do meio são sentidas como invasões, gerando ansiedades impensáveis e experiências de ruptura na continuidade do ser e no sentido de existir. As ansiedades impensáveis são da ordem das sensações, não possuem representação e imagem. São

sensações de vazio, de queda interminável, de cair no buraco preto, e ainda sensações de desintegração, de aniquilamento, de despersonalização, desorganização temporal e espacial.

Uma das maneiras de nos aproximarmos dessas sensações é pelo que sentimos, contratransferencialmente, quando somos afetados pela relação estabelecida com os pacientes; quando, por exemplo, no corpo a corpo com a criança nesse estado, não conseguimos mais distinguir os limites do nosso próprio corpo e o do corpo da criança; quando perdemos totalmente a noção do tempo da sessão; ou quando, ao final de uma sessão, temos dificuldade em encontrar o caminho de casa, tal a nossa desorganização espacial. Na verdade, ao tentar transcrever esses momentos de afetação mútua, normalmente temos dificuldade, não encontrando palavras para expressar o que se passou clinicamente. Todavia, alguns psicanalistas tiveram sucesso em suas descrições, como é o caso de Grotstein (1989 e 1990).

Outra forma de acesso às ansiedades impensáveis são os desenhos, o brincar ou a fala dos próprios pacientes quando têm possibilidade de falar sobre as experiências dessas ansiedades, como encontramos nos relatos de Guntrip (1975), Grandin (1986), Little (1990) e Williams (1995).

Além dos relatos dos pacientes, algumas produções artísticas nos aproximam dessas sensações. Nesse sentido, temos algumas pinturas de Francis Bacon, quando somos afetados pela desintegração e pela despersonalização das figuras humanas, e alguns personagens e narrativas de Clarice Lispector. Pessoalmente, pude vivenciar a exposição interativa “*how it is*”, de Mirosław Balka (Londres, 2009), onde o artista visava a criar um impacto, tanto físico quanto psicológico, com o não familiar e com o desconhecido. Ele monta uma enorme caixa preta, sem iluminação, com abertura apenas em uma das extremidades. Ao entrar nessa caixa, somos confrontados com a escuridão. Caminhando pelo meio da caixa, sem contar com o apoio das

laterais, temos uma sensação de falta de fronteiras e de vazio. Imersa em diversas sensações e sentimentos, pude me lembrar dos relatos de alguns pacientes sobre o “cair no buraco preto” e de sentir-se sem fronteiras.

Uma vez introduzido o conceito de estados autísticos e psicóticos, relacionando-os com o desenvolvimento emocional e com o ambiente, passo para o último capítulo, no qual procuro trazer algumas contribuições para a clínica.

CAPÍTULO 05 - CONTRIBUIÇÕES PARA A CLÍNICA PSICANALÍTICA

Discuto, agora, algumas das implicações de pensar os estados autísticos e psicóticos relacionando-os ao desenvolvimento emocional e à influência do ambiente, trazendo algumas das especificidades dessa clínica. Também teço paralelos entre a construção teórica desenvolvida nesta tese e a minha prática clínica com crianças, pensando a relação analítica como espaço potencial e o processo de análise como um campo de constituição e de acontecimento, compreendendo o encontro entre analista e analisando como uma possibilidade de constituição psíquica e de criação de possibilidades para a retomada do desenvolvimento emocional.

Primeiramente, utilizo uma passagem do conto de Clarice Lispector, “Menino a bico de pena”, que descreve de forma profunda o que muitas vezes não sabemos elaborar:

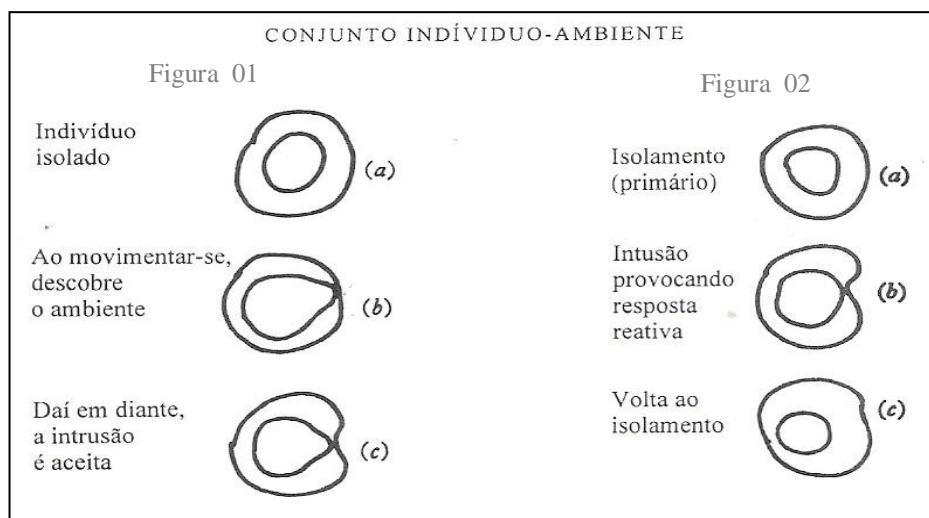
Não sei como desenhar o menino. Sei que é impossível desenhá-lo a carvão, pois até o bico de pena mancha o papel para além da finíssima linha de extrema atualidade em que ele vive. Um dia o domesticaremos em humano, e poderemos desenhá-lo. Pois assim o fizemos conosco e com Deus. O próprio menino ajudará sua domesticação, ele é esforçado e coopera. Coopera sem saber que essa ajuda que lhe pedimos é para seu auto-sacrifício. Ultimamente ele até tem treinado muito. E assim continuará progredindo até que pouco a pouco – pela bondade necessária com o que nos salvamos – ele passará do tempo atual ao tempo cotidiano, da meditação à expressão, da existência à vida. Fazendo o grande sacrifício de não ser louco. Eu não sou louco pela solidariedade com os milhares de nós que, para construir o possível, também sacrificaram a verdade que seria uma loucura.

Mas por enquanto ei-lo sentado no chão, imerso num vazio profundo. (Lispector, 1971, p. 136-137).

Essa passagem ilustra uma dificuldade pessoal em tomar minhas anotações clínicas e transformá-las em casos clínicos, preservando a singularidade de cada caso. Além disso, levou-me a refletir sobre um aspecto da teoria winnicottiana, que tem implicação direta na clínica, que

é o questionamento: como ajudar esse “menino”, respeitando sua forma de ser no mundo, de tal maneira que essa ajuda não se traduza em domesticação ou em submissão?

Acredito que uma saída para isso seja a palavra respeito. Respeito pelo tempo da criança e respeito pela forma como ela se coloca no ambiente e a forma como ela reage a esse ambiente. Isso pode ser ilustrado a partir de dois conjuntos de figuras apresentados por Winnicott (1952), que, por serem muito representativos, aqui reproduzo:



Essas figuras representam o modo pelo qual o indivíduo é afetado pelo ambiente, principalmente em um estágio precoce do desenvolvimento. A figura 01 ilustra uma adaptação sensível do ambiente às necessidades do bebê. O bebê, que primeiramente encontrava-se isolado, ao se movimentar descobre o ambiente. Nesse caso, o ambiente é descoberto a partir de um movimento espontâneo do bebê. A partir desse momento, o bebê aceita a apresentação do ambiente, não o sentindo como uma ameaça.

Já a figura 02 ilustra uma adaptação falha, onde o ambiente, de forma intrusiva, interrompe o isolamento do bebê provocando o afastamento e a volta ao isolamento. Segundo Winnicott, a falha nessa adaptação produz distorções psicóticas do conjunto ambiente- indivíduo, provocando perda da sensação de ser, que só é readquirida pelo retorno ao isolamento, o que envolve uma organização defensiva para repudiar a intrusão ambiental.

As ideias expressas por essas figuras trouxeram outras implicações para minha prática clínica com crianças. Uma delas é justamente a atenção que passei a dar ao ambiente. Depois de entrar em contato com os textos de Winnicott, fiquei mais atenta em proporcionar um ambiente seguro e confiável, a partir do qual a criança possa se constituir. Quando penso nos estados autísticos e psicóticos relacionados unicamente ao componente genético ou neurológico, sinto que muito pouco há de se fazer. Mas quando penso na influência do ambiente no processo de desenvolvimento psíquico da criança, estou diante de possibilidades e a questão passa a ser: o que posso proporcionar a essa criança para que ela se desenvolva de forma ativa, criativa e conservando sua espontaneidade?

Também passei a me policiar, no que se refere ao tempo que cada criança leva para se mover na minha direção e a controlar a ansiedade e a pressa que me impulsionavam a interpretar ou a fazer algo. Verifiquei, na prática, que minhas ações podiam ser sentidas pela criança como intrusões que a levavam ainda mais para o isolamento, assim como na figura 02, e que procuro demonstrar nos casos clínicos. Passei, ainda, a ter uma postura mais sensível e mais humana, ficando atenta e identificada com as necessidades da criança. Daí tomar o modelo da “mãe suficientemente boa” para pensar a minha relação com as crianças.

A confluência entre as ideias de Winnicott e a prática com essas crianças, levaram-me a desenvolver uma postura clínica diferenciada. Ao mesmo tempo em que estudava a falha

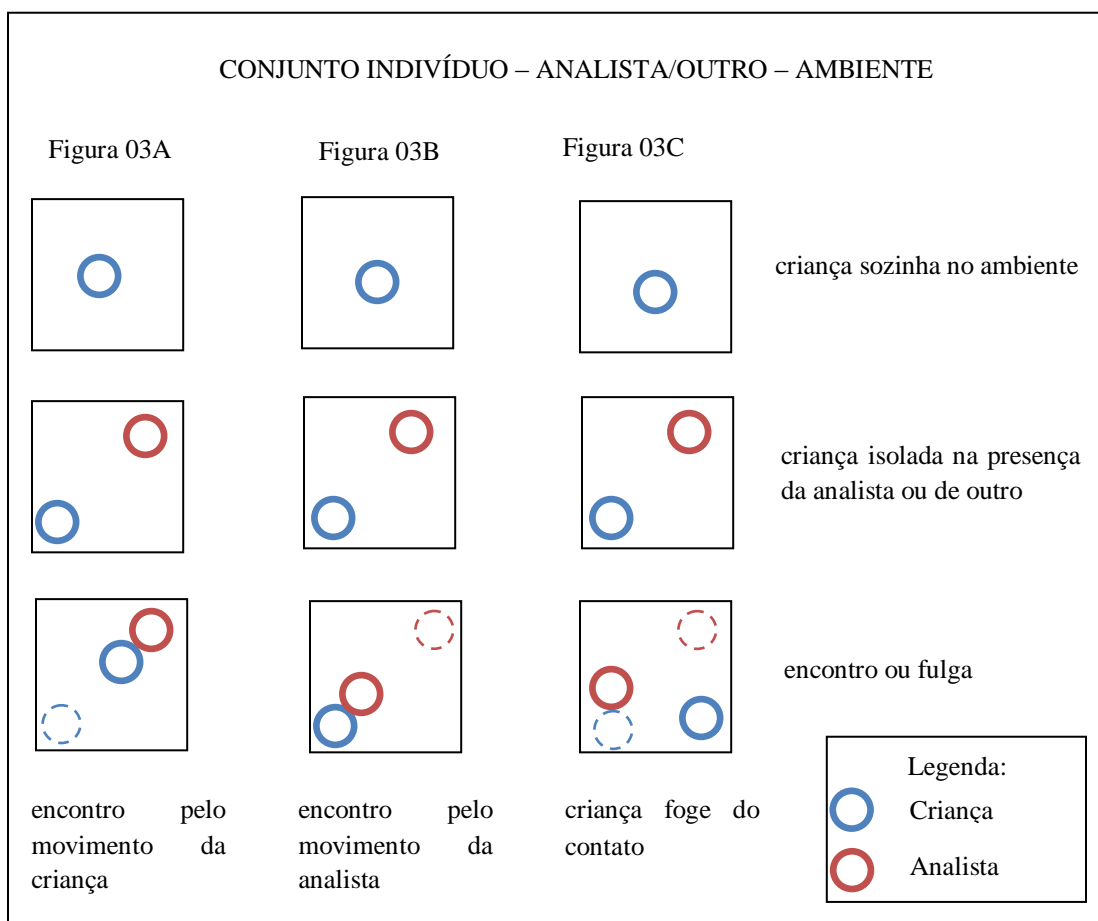
ambiental e sua relação com o adoecimento e o isolamento decorrente das intrusões ambientais, vivenciava, na clínica, situações onde as minhas ações geravam mais ansiedade e isolamento nas crianças. Depois de ouvir muitos gritos, levar mordidas e ter de lidar com a angústia sentida na relação analítica ao estar com uma criança isolada é que compreendi, na prática, a importância de um ambiente *holding*, do manejo do analista e de esperar o movimento da criança em minha direção, como na figura 01, ao invés de agir de forma invasiva, como na figura 02.

Em muitas sessões, os movimentos representados por essas duas figuras funcionavam como indicadores para minha ação com a criança. Por exemplo, eu procurava ficar atenta para que, quando a criança se aproximasse de mim, eu estivesse realmente disponível para transformar esse movimento em um encontro entre nós duas. Ao mesmo tempo, ficava atenta, respeitando o espaço da criança, para que nenhum movimento meu a levasse a se afastar de mim. Além desses dois movimentos acima descritos, pude observar, nos meus atendimentos, outros acontecimentos que ilustro por meio da figura 03.

Antes, ressalto que, ao descrever as figuras 01 e 02, Winnicott tomou o período do desenvolvimento infantil, no qual temos um conjunto indivíduo-ambiente, em que o bebê sente o ambiente externo como uma continuidade de si mesmo. Por volta dos dezoito meses, a criança começa a diferenciar a realidade externa da interna e temos a separação entre o eu e o outro. No entanto, crianças em estados autísticos e psicóticos não puderam realizar essa etapa do desenvolvimento de forma saudável. Nesse processo de separação entre indivíduo e ambiente, a criança sente o ambiente como algo ameaçador, o que a leva de volta ao isolamento, como uma defesa autística e uma rejeição ao contato com esse ambiente externo. A criança fica presa em sua realidade interna, em sensações autoeróticas ou em estereotípias. Nesses casos, observamos

que a separação se deu de forma traumática, na qual o outro interrompe a sensação de ser da criança, levando-a um estado frequente de isolamento.

Quando isso acontece, esperar pelo gesto da criança, como na figura 01, pode significar que ambos, analista e criança, permaneçam isolados. O mesmo acontece com alguns pais que, por não saberem como agir com a criança, esperam que ela faça algo, e a consequência são duas pessoas distantes em um mesmo ambiente, o que procuro representar na figura 03 abaixo.



Em alguns casos, ao oferecemos um ambiente acolhedor e confiável, a criança volta a sentir o ambiente como menos intrusivo e pode, dessa forma, arriscar um novo contato com a realidade externa e com o analista (ilustrado na figura 03A).

Existem situações, também, que por mais que seja oferecido à criança um ambiente favorável ela não nos procura, e temos a sensação de que não há mais esperança de um novo encontro. Nessa hora, além do *holding*, é importante iniciar um movimento na direção da criança, mas de forma que ela sinta que nossa presença não é ameaçadora e, sim, um convite a interagir, e que ela ainda está no controle, decidindo quando e sentindo que, quando se mover em nossa direção, acolheremos seu gesto (ilustrado na figura 03B).

Nesses casos, busco uma aproximação da criança. Se ela vai para um canto da sala e lá permanece por um longo tempo, eu não fico isolada no outro canto, esperando que ela me procure, pois isso pode não acontecer, por ser difícil para a criança fazê-lo. Eu, então, vou para o canto onde ela se encontra, aproximando-me fisicamente. Algumas vezes, as crianças permitem essa aproximação. A ideia, nessa hora, é que a criança sinta que pode ficar próxima de mim e que está tudo bem. Quando isso acontece, posso brincar perto da criança, encostar em seu corpo ou imitar seus comportamentos ou sons.

Contudo, há situações em que o isolamento é severo e, qualquer que seja nossa tentativa de aproximação, a criança foge ao nosso contato (ilustrado na figura 03C). Nesses casos, o cuidado com o ambiente, aqui incluindo nossas ações, precisa ser ainda maior. Como nossa aposta de que em algum momento a criança vai se movimentar em nossa direção ou vai permitir nosso contato, o desafio é encontrar a distância certa, tanto física quanto emocional; não tão distante que impossibilite o contato, nem tão perto que faça a criança se distanciar, tomando

cuidado com o ritmo e o tempo da criança para não repetirmos a invasão ambiental que as levou a se isolar.

Os três movimentos ilustrados na figura 03 variam de caso para caso e de sessão para sessão. Também temos momentos quando, na mesma sessão, a criança realiza os três movimentos. Essa dinâmica ficará mais evidente quando trouxer os fragmentos clínicos. Esses momentos se referem não apenas às tentativas de interação e de vinculação, mas a diversos outros que se fazem presentes na relação com a criança, e que podem ser bem difíceis para o analista, no que se refere à espera pelo gesto do paciente.

Pode acontecer, por exemplo, quando estamos lidando com uma criança na fase de coordenação motora fina ainda em desenvolvimento, tentando encaixar peças de lego. Diante da dificuldade da criança em realizar a tarefa, os adultos, de forma geral, tendem a esperar minimamente antes de se intrometerem e realizarem a atividade pela criança. Quando esperamos o tempo da criança, compartilhamos de momentos interessantes como: 1) no caso de ela conseguir sozinha, percebermos a felicidade em seu rosto, a empolgação em continuar com a brincadeira, desempenhando a tarefa de forma cada vez mais autônoma e independente; 2) no caso de não conseguir, ela mesma pode perceber sua dificuldade e, por conta própria, solicitar nossa ajuda, entregando a peça em nossa mão ou nos levando até o brinquedo, numa demonstração de que estamos ali para ajudá-la; 3) quando ela não consegue, não solicita nossa ajuda e começa a se irritar, aí, sim, precisamos auxiliá-la minimamente para que ela não interrompa o brincar, e aos poucos vamos mostrando que estamos ali não para atrapalhar, pois respeitamos seu momento, mas que ela pode contar com nossa ajuda, mesmo que nesse primeiro momento sejamos apenas uma mão para encaixar a peça de lego. Aqui a interferência não é intrusiva, mas construtiva, e a demanda da criança pode ser criada.

A partir da leitura dos textos de Winnicott sobre a psicopatologia, passei a olhar para a criança de outra forma, atenta não apenas aos sintomas, mas principalmente à singularidade de cada criança para além da patologia. Esse novo olhar tem sido extremamente importante na minha clínica, auxiliando-me a entrar em contato com a criança e a enxergá-la em sua individualidade. Esse olhar tem sido importante, também, na minha relação com os pais. Hoje, sinto-me capaz de ajudá-los a enxergar a criança sob essa ótica, que substitui a imagem de um filho doente, incapaz, deficiente e demais atributos negativos dos diagnósticos psiquiátricos, por uma imagem positiva e promissora. Além disso, consegui estabelecer um contato com as crianças, respeitando seus ritmos e seus limites, estando atenta aos seus movimentos e suas formas de ser no mundo. Também passei a conseguir proporcionar um ambiente que de fato seja terapêutico, afetivo e criativo. Compartilho, agora, os casos clínicos e algumas reflexões provenientes desses atendimentos.

A analista-ambiente – *holding* e manejo: caso Enrique

Enrique é uma criança de dois anos, com suspeita de autismo, que chegou para avaliação e, posteriormente, iniciou o acompanhamento comigo. No processo de avaliação, um dos pontos que me chamou a atenção foi a forma que os pais lidavam com a criança, principalmente a mãe. Eles estavam na busca de diagnóstico e de compreender o que se passava com o filho. Nessa busca, acabaram ficando presos aos sintomas. Sabiam descrever com precisão as estereotipias, o isolamento afetivo, o desvio do olhar e as crises de choro. Percebi que eles estavam muito envolvidos com a descrição comportamental, o que constituiu uma barreira entre eles e a criança, apesar do afeto e da atenção dispensados.

Eu sentia que precisava tomar muito cuidado com o que diria nas entrevistas iniciais, pois qualquer coisa dita sobre autismo poderia rotular de forma rígida a criança, como já havia acontecido em uma das buscas realizadas por eles. Após serem informados da possibilidade de déficit de audição, começaram a enxergar o filho como surdo e a sofrer ao imaginar o futuro de um filho que não poderia escutar. Faziam barulho perto de Enrique e, como ele não respondia, diziam um para o outro: “Nossa, você está vendo, Enrique é surdo mesmo, ele não está escutando”.

Quando uma criança chega para atendimento antes dos cinco ou seis anos, como Enrique, ficamos otimistas com o prognóstico, pois muitas das defesas ainda não estão cristalizadas e a família não está limitada ao diagnóstico. Apesar das facilidades e dos ganhos dos diagnósticos precoces, também enfrentamos o desafio de discutir sobre a problemática, alertando sobre a gravidade e sobre as possibilidades, com a devida atenção para as possíveis consequências negativas que também podem advir desse diagnóstico precoce. Nesses casos, além de discutir sobre o diagnóstico e o tratamento, abro um espaço para escutar e cuidar dos pais, conversando não apenas sobre a criança, mas também sobre as dificuldades da relação deles com o filho. Não se trata de uma psicoterapia individual ou conjugal, e os pais conseguem identificar isso, por mais que essas sessões também tenham efeitos terapêuticos.

Com os pais de Enrique, as conversas iniciais giraram em torno da relação deles com o filho e, principalmente, o lugar que eles o colocavam. Os pais puderam compreender a problemática e as questões a cerca do diagnóstico e da sintomatologia e, o mais significativo, puderam enxergá-lo como uma criança em desenvolvimento. Eles passaram a se identificar com o filho, a ficar atentos às necessidades da criança e a elaborar a dor de conviver com uma criança

em estado autístico. A angústia da busca por compreender o diagnóstico da criança foi substituída pela necessidade de se conhecer melhor o filho.

Depois de seis meses, em outra reunião com os pais, percebi a nítida mudança de postura deles. A mãe pôde falar sobre a sua dor ao perceber a rejeição de Enrique à sua aproximação física; quando aproximava a mão de suas costas, ele se afastava o suficiente para que ela não encostasse nele. Ao tentar pegá-lo no colo, ele ficava irritado e fugia. E o quanto era sofrido para ela a ausência das trocas de olhares entre eles. Esse relato era sensivelmente diferenciado daquele das descrições comportamentais. Essa revivência, triste e sofrida, fez com que a mãe refletisse sobre ela mesma e sobre suas atitudes com o filho. Pôde perceber que, nesses momentos, ela ficava triste e sem saber o que fazer, e acabava por não buscar Enrique, como o fazia com sua irmã gêmea, que se encontra em desenvolvimento normal e que reagia de forma direta às investidas da mãe.

Em diversos momentos dos atendimentos conjuntos com os pais e as crianças, surpreendo-me não com o isolamento da criança, mas com o isolamento dos pais frente aos filhos, evidenciando a dificuldade dos pais em interagir de forma lúdica e prazerosa com as crianças. Alguns acabam conversando unicamente comigo, como se o filho não estivesse presente na sala, pois conversar comigo parece ser mais fácil do que ser excluído pelo filho, ou porque não conseguem encontrar uma forma de interagir com a criança. Outros se excluem da relação por acreditar que apenas eu posso compreender a criança, tendo, em alguma medida, já desistido de interagir com o filho. Alguns apresentam dificuldades pessoais para estabelecer um brincar compartilhado ou estão muito presos a uma função pedagógica, buscando ensinar o tempo todo. Enfim, as causas dessas dificuldades são inúmeras, variando de caso para caso, mas em todas elas podemos ajudar os pais quando compreendem nosso olhar e nossa forma de

interagir com a criança. Às vezes, apenas o fato de apostarmos na resposta da criança já é suficiente para restaurar a esperança dos pais quanto ao vínculo com o filho.

No caso de Enrique, acredito que a recusa da criança deixava a mãe mais distante, o que levava Enrique a se isolar cada vez mais e, nesse ciclo, a relação dos dois ficava insustentável. Graças às sessões conjuntas, comigo e com a criança, além da psicoterapia individual, a mãe pôde se fortalecer para continuar investindo no filho e encontrar formas criativas de entrar em contato com Enrique.

Cabe ressaltar que os primeiros meses não foram tão simples e lineares assim. Depois das sessões iniciais de avaliação, iniciei os atendimentos individuais com Enrique. Nessas sessões individuais, ele entrava sem demonstrar ansiedade de separação dos pais ou da avó, mas ao fechar a porta ele iniciava um choro ensurdecador e nenhuma ação minha o acalmava. Os pais já haviam relatado sobre os choros de Enrique quando as portas dos quartos eram fechadas. Em alguns momentos ele explorava o ambiente de forma sensorial, passando a mão nos móveis, nas texturas dos objetos e nas paredes, mas nada prendia a atenção dele e logo voltava a chorar. No entanto, o que me intrigava era que o seu choro, diferentemente do das outras crianças, deixava-me esgotada fisicamente, um cansaço tão grande que me impedia até mesmo de pensar.

Minhas anotações iniciais eram sempre buscando conhecer Enrique e compreender seu choro e sua forma de ser e de estar comigo nas sessões. Nessa época, ele ainda não andava sozinho, engatinhava pela sala e ficava de pé apoiando-se nos móveis. Apesar das dificuldades para se equilibrar, não buscava minha ajuda e se esquivava de todos os meus contatos. Só se aproximava de mim para mexer na pulseira do meu relógio e, nessa hora, eu me sentia apenas um objeto reluzente. Também olhava para o teto com frequência e buscava a luz; em alguns momentos, isso parecia acalmá-lo. Tudo o que via levava à boca. Era comum levar as duas mãos

em direção à garganta, apertando-a, tendo, inclusive, uma marquinha nesse local. Outro comportamento repetitivo – que no primeiro momento se apresentava como uma estereotipia motora, mas que depois passou a estar presente nos momentos de excitação – era o de ficar sentado, batendo os dois pés no chão, balançando as duas mãos e emitindo um som com a garganta num movimento ritmado.

Em uma determinada sessão, depois de intercalar muito choro com andar pela sala, sem usar nenhum brinquedo ou objeto, Enrique se aproxima quase sem querer de mim. Não me contendo e o coloco no colo, mas ele não se aconchega, continua a se remexer, incomodado, e começa a chorar. Depois de um período eu digo para ele: “Eu sei, Enrique, que você está muito incomodado aqui comigo; não gosta de portas fechadas e parece que quer ir embora, mas em casa é do mesmo jeito”. Nessa hora, apesar do choro, eu consigo pensar e conversar com Enrique. Então digo: “Você está cansado, eu estou cansada, quero te ajudar, mas não consigo entender o que está acontecendo”. Depois de um tempo, ainda resmungando e remexendo no meu colo, mas sem fazer movimento para sair, Enrique adormece de cansaço.

Olhando para Enrique no meu colo, no silêncio da sala, me pego pensando no quanto ele era pequeno. Apesar de ter dois anos, para mim ele era um bebê pequeno no meu colo. Lembro-me, então, do curso de observação da relação mãe e bebê que havia realizado e, nesse momento, era como se a minha capacidade de pensar, na presença de Enrique, tivesse voltado. Um clique se fez e percebi o que poderia parecer óbvio: seu choro era de reclamação! Ele precisava de colo e de descanso, mesmo não demandando colo e rejeitando meus contatos físicos. Mas, como acolher uma criança que não se deixava aconchegar? Ele me colocava em um lugar paradoxal, pois precisava de colo, mas se recusava. Ele não buscava o colo da mãe, nem o do pai e nem tão pouco o meu, e eu não podia ser usada por ele como um objeto substituto da mãe. Havia uma

falha fundamental que não podia ser preenchida por mim enquanto analista-ambiente, o caminho seria o de buscar o colo da mãe. Lembrei-me também do relato dos pais sobre a dificuldade de dormir da criança e fiz a relação com o meu próprio cansaço nas sessões com Enrique.

Aguardando ansiosa a próxima sessão, esperançosa de que algo tivesse mudado na minha relação com Enrique, enfrento uma decepção: ele continuava a chorar e a engatinhar sem rumo pela sala. Ele continuava a me rejeitar e a querer sair daquele lugar. Voltei a ficar cansada e desanimada, contudo, agora eu conseguia refletir, na presença dele, sobre o que estava sentindo: o cansaço, os choros que me dificultavam pensar, o fato de senti-lo como um bebê que precisava de cuidado, mas que não aceitava minha aproximação. Nessa sessão, identifico-me muito com a mãe e com seus relatos da dificuldade na relação com o filho. Sentia, também, uma maior identificação com Enrique e agora conseguia elaborar a experiência analítica vivida com ele. Consigo transitar entre os diversos espaços que a minha relação com Enrique havia tomado, compreendo melhor o mundo da mãe, de Enrique e retomo a minha capacidade analítica. Nesse momento, a minha relação com eles passou a funcionar como um espaço potencial. O desafio, agora, era ajudá-los a criar esse espaço transicional entre eles e Enrique.

Decido conversar com os pais sobre o que se passava nas sessões e propus a realização de sessões conjuntas com Enrique e com os pais. Primeiramente, passo a realizá-las com a mãe, pois sinto a necessidade de observar a relação dos dois em um ambiente tranquilo, sem a presença agitada do pai e da irmã gêmea, observando, também, se ele tentaria, por algum gesto, alcançar o colo da mãe.

Perguntei, a mim mesma, porque levei tanto tempo para fazer essa proposição, e não acreditava que tivesse demorado tantas sessões para perceber o que já havia estudado e lido em vários textos sobre a importância da identificação, da relação mãe e bebê e do ambiente. Ficava

me questionando: o que teria acontecido comigo? Como não percebi isso antes? Por que não fiz sessões conjuntas desde o início, como faço com crianças menores? Nessa época, já havia, inclusive, escrito o capítulo 03 desta tese, sobre a importância do paciente vivenciar, no ambiente analítico, experiências constitutivas, e eu sabia, baseada na história de vida de Enrique, que sua relação com a mãe havia sido tumultuada no primeiro ano de vida.

Percebi que a compreensão intelectual para lidar com a relação analítica não era suficiente, até porque a minha própria capacidade de pensar foi afetada nesse caso. Precisei experimentar a angústia, o isolamento e o desamparo de Enrique na relação analítica para compreendê-lo e para me identificar com ele e com a mãe. E isso é algo que essa clínica demanda, não apenas com Enrique, mas com as outras crianças: entrar nesse estado de identificação com o paciente, a partir do qual vivenciamos a experiência analítica de estar junto e de sentir junto para, posteriormente, fazer o distanciamento necessário para compreender e para usar a contratransferência, estabelecendo uma relação analítica para além da transferência e da contratransferência.

Sentia que precisava ajudar a mãe a encontrar uma forma de estar com Enrique e também de ajudá-lo a demandar o colo da mãe. Passo a guiar o tratamento no sentido de fortalecer o vínculo entre a mãe e a criança, o que gera resultados surpreendentes em um curto período de tempo. Passei a auxiliar a mãe a perceber a influência de seu estado de humor e de seus comportamentos na relação com o filho e a se identificar com a criança de tal forma que ela conseguisse olhar para Enrique enquanto um sujeito singular e a partir de sua singularidade encontrar uma forma de estabelecer um vínculo com ele.

Tentei deixar a mãe à vontade no ambiente e certifiquei-me de que ela havia compreendido que eu não estava ali para julgá-la, mas para auxiliá-la a compreender e criar um

vínculo com Enrique. Também procurei deixar o ambiente bem confortável e que Enrique não sentisse nossa presença como invasiva ou ameaçadora. Para isso, solicitei que a mãe, assim como eu, ficasse em silêncio, sem estimular Enrique a fazer coisas e sem procurar ensinar. A tentativa era que conseguíssemos nos aproximar dele, respeitando os limites que ele colocava, mas sem nos isolarmos diante desses limites, estando disponíveis para os momentos em que ele se abrisse ou permitisse nossa aproximação. Estávamos repetindo os movimentos descritos na figura 03.

A princípio, eu e a mãe ficamos em silêncio, observando Enrique. Como nas outras sessões, ao fechar a porta, ele disparou a chorar e a andar pela sala. Contudo, depois de um tempo, ele caminhou em direção à mãe e se jogou em seu colo. Parecia buscar consolo, mas continuava debatendo-se, não se aconchegando no colo dela. Explico para a mãe a importância de ela acolher esse gesto e de se mostrar disponível para Enrique. Ela tenta abraçá-lo em seu colo e diz: “Enrique, eu estou aqui com você”. A primeira vista parece de nada adiantar; ele continua irritado, sai do colo e passa a andar pela sala.

Depois de um tempo em silêncio, começamos a repetir os sons que Enrique estava produzindo, como uma forma de nos aproximarmos dele. A imitação dos sons é uma técnica que utilizo para entrar em contato com a criança e também para criar um ambiente *holding* sonoro, conforme nos propõe Tafuri (2003) e como descreverei no próximo subtítulo sobre a importância do resgate da sensorialidade na relação analítica.

Quando a mãe começa a repetir os sons de Enrique, percebo o quão diferente era a produção dos sons, era como se ele falasse “A” e ela “B”, algo destoava no ambiente. Passo então a repetir juntamente com a mãe os sons, procurando aproximar os sons dos dois. Logo ela percebe sua dificuldade e comenta que não é boa com sons. Asseguro que ainda vamos ter muitas sessões para ela conseguir. Depois de poucas sessões, ela não apenas consegue imitar os

sons, mas passa a demonstrar uma compreensão sobre o jeito de ser de Enrique, auxiliando-me nos meus contatos com ele.

Além do acompanhamento da mãe nas sessões com Enrique, solicitei aos pais que tirassem uns quinze minutos de seu dia para interagirem com ele em casa. Geralmente, peço aos pais que selecionem um local da casa no qual a criança fica mais à vontade ou onde é possível brincar de forma tranquila e sem ser interrompido por telefones ou por demandas externas. Assim como nas sessões conjuntas, a ideia é que os pais possam estar presentes de forma prazerosa e não intrusiva. O objetivo é que, a partir desses momentos, eles possam encontrar formas de interagir com a criança e possam estabelecer um brincar compartilhado. Às vezes, preciso explicar para os pais que brincar com a criança é tão importante quanto o carinho e os cuidados básicos.

Esse é um pedido que parece simples, que auxilia a minha relação com a criança e o processo analítico como um todo, mas que os pais normalmente demonstram dificuldade, por diversos fatores, como o cansaço do trabalho, a correria do dia-a-dia, a rotina apertada com os diversos tratamentos que a criança realiza, além das dificuldades pessoais para brincar e para estabelecer uma identificação com os aspectos infantis. Em alguns casos é possível ajudar os pais nessa dificuldade por meio das sessões conjuntas com a criança e das sessões com os pais. Solicito que os pais falem sobre as dificuldades e sobre os pontos positivos desses contatos. Com alguns pais, preciso levá-los a refletir sobre a importância de se organizarem minimamente para ter um contato de qualidade com o filho. Quando a desorganização é muita, ressalto a importância de eles buscarem redes sociais de apoio, ou mesmo uma psicoterapia individual ou conjugal, e nas sessões conjuntas busco auxiliá-los em suas dificuldades na relação com a criança e em lidar com a culpa, a frustração e a angústia.

Com Enrique, acredito que as sessões conjuntas foram fundamentais para a mãe em sua relação com o filho. Além da imitação dos sons, percebi que Enrique buscava o corpo da mãe de uma forma quase que sem querer e muito sutil, apesar de ele se esquivar das buscas que ela fazia do corpo dele. Percebi, nessas sessões conjuntas, que em alguns momentos ele se deitava no divã e quando a mãe se aproximava ele se afastava. Mas, em outros momentos, ele não se afastava, ao contrário, aproximava os pés do corpo da mãe. Quando eu mostro isso para a mãe, ela passa a fazer carinho nos pés dele e ele aceita o contato dela. A partir daí ele passa a aceitar não só o carinho nos pés, mas também nas costas, na barriga. Pouco a pouco ele vai buscando o corpo da mãe e aceitando seus contatos, até que passa a se acomodar em seu colo e a desfrutar do contato corpo a corpo com a mãe.

Além do corpo, a mãe encontrou nas músicas infantis um meio para estabelecer uma relação com Enrique e para criar um espaço potencial. Quando ela cantava de uma forma meiga e suave, ele se aproximava, sustentava o olhar e parecia relaxado e confortável. Depois de um tempo, ele passa a repetir os movimentos que a mãe fazia ao cantar e os dois puderam estabelecer um momento lúdico. A imagem que tenho desse período é de Enrique sentado no colo da mãe, olhando fixamente para seus olhos e sua boca enquanto ela canta, ao mesmo tempo em que os dois, em um movimento ritmado com as mãos, vão seguindo a música.

Atualmente, depois de dez meses de análise, posso acompanhar o desabrochar de Enrique e as mudanças na dinâmica familiar. A relação da criança com a família mudou consideravelmente: Enrique já demanda atenção dos pais e iniciou um movimento de competição e de rivalidade com a irmã, que do ponto de vista emocional é muito saudável. Não está mais apático e isolado como antes, reagindo de forma viva e, às vezes, até agressiva para que suas necessidades sejam atendidas. No que diz respeito à sua relação com a mãe, tem feito demandas

intensas por investidas e por contatos. Ele, agora, aceitou a mãe como figura principal, rejeitando, algumas vezes, seus substitutos no cuidado: avó, professora, analista.

Depois das sessões com a mãe, realizei sessões conjuntas com a avó materna e com o pai, nas quais pudemos trabalhar a relação deles com a criança de uma forma diferenciada da que foi realizada com a mãe, respeitando as singularidades e os papéis de cada membro da família. Com as mudanças na família, a irmã gêmea também precisou de um período de acompanhamento psicológico.

Na relação analítica, tenho conquistas e desafios. Em algumas sessões, ele chega radiante, me puxa pela mão para entrar na sala e segue uma rotina na qual intercala momentos de interação e de brincar compartilhado com momentos de exploração do ambiente e dos brinquedos. Deita no divã e levanta as pernas para que eu o puxe, escorregando até o chão; pega minha mão e me puxa para correremos de um lado para o outro da sala. Quando faço bolinhas de sabão, me olha fixamente enquanto digo: “um, dois, três e já”, saindo atrás das bolinhas estourando-as. Outra conquista é brincarmos de esconde-esconde; sentado no divã, ele me observa sumir e aparecer por trás da poltrona, sorrindo no momento em que apareço. Em seguida, ele vira o tronco e o rosto para o outro lado (sua vez de sumir) e, depois, vira de volta em minha direção, aparecendo. Em outras sessões, chega irritado, cansado e recusa estabelecer um brincar. Algumas vezes, ele melhora quando a avó ou a mãe entra na sessão, em outras só quando está ao ar livre. Percebo sua necessidade em estar cada vez mais na presença da mãe e, ainda, em lugares abertos.

Os desafios com Enrique ainda continuam, como, por exemplo, sua recusa pela linguagem verbal, sua dificuldade em usar de forma simbólica os brinquedos, sua exploração de tudo pela boca. Todavia, já podemos desfrutar de muitas de suas conquistas e de seus

desenvolvimentos. Hoje, percebemos que ele é uma criança mais feliz, e isso, por si só, é muito gratificante.

Com o caso de Enrique, reaprendi a importância do trabalho com os pais desde o momento do diagnóstico até as intervenções na família. Aqui, trouxe um pouco das sessões de orientação e de discussão com os pais, e também das sessões conjuntas com a mãe. Mostrei a necessidade de fornecer um ambiente *holding* tanto para a mãe quanto para a criança e o apoio que isso proporciona para que ambos possam estabelecer uma relação.

Nessa clínica, além do cuidado individual com a criança, precisamos estabelecer uma relação de cuidado com a família. Assim, temos um cuidado não apenas com a criança e com o ambiente analítico, mas com seu ambiente familiar. Afinal, cuidar do ambiente da criança não é apenas cuidar da nossa relação com ela e com o que se passa nas sessões, mas também da sua relação com os membros da família.

Trouxe, ainda, a importância de se estabelecer uma boa relação com a família, a partir da qual os pais podem confiar no trabalho e sentirem-se acolhidos para poderem participar do processo analítico, fazendo críticas e sugestões. Esse acolhimento dos pais faz com que eles obtenham mais confiança em suas próprias capacidades de compreender e de cuidar do filho. Ficam mais sensíveis aos comportamentos da criança e isso auxilia cada vez mais o meu trabalho, pois eles tornam-se observadores e participantes ativos do desenvolvimento e da forma de ser da criança. Passam a contar mais detalhes sobre a criança e, assim, temos um relato mais completo e fidedigno da criança em casa e na escola.

Enfim, procurei trazer um pouco da tarefa de se unir aos pais no desafio de compreender a criança. Graças a essa união, Enrique ficou mais acessível a mim. Dessa forma, pude

estabelecer momentos de interação e, posteriormente, de brincar compartilhado, ao mesmo tempo em que isso também era realizado entre os outros membros da família.

O resgate da sensorialidade: caso Igor

No caso Enrique, mostrei a importância dos sons e do corpo para o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho. Nesse subtítulo, reflito melhor sobre a importância do resgate da sensorialidade na relação analítica e trago alguns relatos clínicos a esse respeito. Diversos autores já chamaram atenção para a importância dos vínculos sensoriais não verbais na clínica psicanalítica, como Winnicott (1968c), Furtado (2006), Safra (2005a), Fontes (2002) e Fernandes (2002). Na clínica psicanalítica com pacientes em estados autísticos e psicóticos, deparamos com situações onde as palavras são irrelevantes e a relação analítica é estabelecida e criada por meio de vínculos sensoriais, como o corpo, a voz, o olhar, o ritmo.

Safra (2005a), por exemplo, ao escrever o caso clínico de Ricardo, um paciente encaminhado com o diagnóstico de autismo, revela o vínculo realizado por meio da melodia produzida pelo paciente. O autor descreve que inicialmente suas tentativas de interpretação eram infrutíferas e não havia comunicação entre eles, até que:

Em uma sessão em que o desânimo me acompanhava, disse-lhe alguma coisa tentando mais uma vez fazer uma intervenção. Ele a repetiu, como sempre, mas algo, pela primeira vez, chamou-me a atenção: não se tratava de mera repetição, a melodia da frase que ele dizia era diferente da melodia da minha fala. Era uma melodia que eu reconhecia tê-lo ouvido usar inúmeras vezes. Fiquei perplexo com o que eu estava observando! Pensei: aí está ele – na melodia!

Cantrolei a melodia que ele tinha usado, sem utilizar as palavras da frase. Ele me olhou, pela primeira vez, fixamente nos olhos, sorriu, bateu palmas e emitiu uma outra melodia para que eu repetisse. Devolvi-lhe a melodia e, em resposta, ele pulou

alegremente pela sala, criou uma outra melodia, e o jogo se repetiu. Estávamos nos comunicando! (p. 35-36).

Quando Safra se dá conta que Ricardo expressa sua subjetividade e sua criatividade por meio da melodia de sua voz e que as características sonoras das palavras usadas pelo paciente eram mais importantes que os significados nela embutidos, ele passa a repetir as melodias criadas sem utilizar palavras, estabelecendo assim uma comunicação entre analista e analisando, já que foi na sonoridade que Ricardo apresentou a possibilidade de se constituir:

Estamos diante de fenômenos que iniciam o sujeito na experiência de ser, para então poder existir como ser humano. Repetir o perfil sonoro que ele emitia era ecoar a singularidade de sua existência. O terrível é emitir um som sem que ele jamais seja ecoado por outro ser humano, o que significa perder-se em espaços infinitos, aniquiladores de qualquer registro de vida psíquica. (p. 38).

Segundo Safra, ecoar a sonoridade de Ricardo era possibilitar o encontro ou o reencontro de sua criatividade primária, era o estabelecimento do objeto subjetivo que daria ao paciente a condição de encontrar o gesto criativo.

Tafuri (2003) é outra autora que relata o uso dos sons na relação analítica. Com Maria, uma criança de três anos encaminhada com o diagnóstico de autismo, Tafuri também percebe uma tonalidade específica de sons, nos quais estava presente a criatividade primária da criança. Assim, ela passa a ecoar os sons de Maria, proporcionando a constituição de um “ambiente-*holding*-sonoro” nas sessões, e ressalta que essa atitude foi a fundadora da relação analítica com a criança. Nas palavras da autora:

(...) os ecos sonoros não eram compartilhados, eles simplesmente estavam lá, na sala de análise, e envolviam tanto a analista quanto a criança, porém, sem nenhuma tradução. Com as repetições dos sons de Maria, foi constituído um ambiente-*holding*-sonoro, no qual a pequena, em seu isolamento, emitia os seus sons, e a analista, da mesma forma,

emitia os dela. Nessa dinâmica, foram gerados os sentidos da relação transferencial entre analista e a paciente. (Tafuri, 2003, p. 22).

Tafuri revela que, nessa clínica, os comportamentos estereotipados e sem fins de comunicação, que são índices de diagnósticos, podem ser vistos como formas sensoriais de estar em contato com o meio externo (sons, cheiros, movimentos corporais).

Além de Safra e de Tafuri, acompanhamos em nosso grupo de pesquisa o trabalho de Fonseca (2005), que também demonstra a função sensorial da voz no tratamento psicanalítico de Daniela, uma criança de quatro anos de idade dentro do espectro do autismo. Ao descrever o caso clínico de Daniela, ela ilustra a importância da sensorialidade da voz, anterior ao conteúdo simbólico da palavra, no processo de constituição psíquica e no estabelecimento da relação analítica com a criança. Segundo Fonseca:

A base da constituição da relação transferencial se deu pela criação do envelope sonoro entre Daniela e a terapeuta, através da melodia da cantiga de ninar. Este envelope sonoro possibilitou a Daniela vivenciar experiências de continuidade de ser com o estabelecimento do “jogo dos sons”, onde pode ir brincando com os sons antes de qualquer tentativa de atribuir significados. A voz como uma experiência sensorial nos remete às primeiras experiências do bebê, vivenciadas no próprio corpo, que vão aos poucos possibilitando que a atividade simbólica se inscreva. (p. 147).

Nessa citação, percebe-se que a autora, a partir da obra de Anzieu (1985) e da relação mãe-bebê, resgata a importância de um ambiente *holding* sonoro na relação analítica com Daniela.

Outro trabalho do nosso grupo foi o de Benjamin (2007), no qual encontramos reflexões sobre a função do ritmo, tanto no processo de constituição psíquica quanto no processo psicanalítico. Ao descrever o caso de Mônica, uma criança de três anos com isolamento autístico, Benjamin nos mostra a importância do corpo e do ritmo na relação analítica com a criança:

A relação transferencial foi o pano de fundo para que eu me deparasse com o ritmo nas ações da criança. (...) Como terapeuta, estava disposta a acompanhar o fluxo de seus movimentos e vocalizações, a partir de uma postura não interpretativa. Ao seguir essa direção de trabalho, foi possível regatar as experiências corporais da criança. Tais experiências passaram a ocorrer no encontro do corpo dela com o meu corpo, o que foi mutuamente transformador na relação transferencial.

Posteriormente, percebi que nas “pausas” da agitação motora, a criança aproximava-se de mim e me olhava. A minha atitude foi de repetir suas ações, desde imitar seus gestos até ecoar suas sonorizações. A distância entre nós foi se estreitando até que Mônica passou a entrar em contato com o meu corpo. Ela se sentava no meu colo, me cheirava, brincava com meus braços e minhas mãos. No encontro como o corpo do outro, Mônica descobriu prazer, acolhimento, continuidade. Havia se instaurado uma relação corporal significativa, marcada pelo ritmo e pelas trocas sonoras e gestuais. (p. 111-112).

Por fim, outro trabalho produzido em nosso grupo, Araújo (2008) apresenta a função do corpo do analista no tratamento psicanalítico de uma criança de cinco anos também dentro do espectro do autismo. Ela nos mostra a possibilidade de o corpo do analista proporcionar *holding* e continência para a criança, auxiliando o estabelecimento do contato com o outro e a saída da criança de seu isolamento autístico. Reproduzo aqui o relato de sua segunda sessão com Daniel:

Ao entrar na sala, Daniel foi direto para os colchonetes, deitando-se em cima deles, girando, mudando de um lado para o outro, até entrar embaixo, ficando todo coberto, sempre apertando com força seu corpo contra os colchões; parecia procurar um lugar, sem conseguir encontrar. Sentei-me junto aos colchonetes e fui me aproximando, falando que entendia o quanto era difícil para ele entender e aceitar tantas mudanças. Tentei imitá-lo nesses movimentos, mas não obtive resposta. Então, continuei por perto, aguardando uma chance de contato, enquanto ele continuava embaixo dos colchonetes. De repente, esticou o braço, segurou na minha mão e continuou deitado quietinho, como se assim tentasse transmitir seu medo e sua insegurança frente a tantas novidades, bem como tentar encontrar um lugar onde se sentisse mais seguro e acolhido. Ficamos, assim, juntos e silenciosos até Daniel mostrar-se pronto para enfrentar o novo, o desconhecido. (...) Em raros momentos mostrou interesse pelos brinquedos e objetos da sala, dispondo, inicialmente, do meu corpo como suporte para suas explorações. (...) Foi por meio desse contato corporal, fornecendo um ambiente *holding* e continente para suas angústias e sofrimentos, que ele pôde começar a explorar os brinquedos e objetos da sala de atendimento, num esboço inicial de suas brincadeiras. (p. 89-90).

Além da voz, do corpo e do ritmo como vínculos sensoriais não verbais na relação analítica, ressalto a importância do olhar, por meio do caso clínico de Igor. Um relato mais completo desse caso pode ser encontrado em Januário e Tafuri (2008b).

Igor é uma criança que chegou para avaliação do diagnóstico de autismo infantil aos quatro anos, encaminhado pela psiquiatra com quem fazia acompanhamento desde os três anos. A criança também havia recebido de uma pediatra o diagnóstico de retardo mental, aos dois anos e meio de idade. As avaliações desses profissionais indicavam sintomas de retraimento emocional, prejuízo nas habilidades de interação social, ausência de comunicação verbal, hiperatividade, presença de comportamentos estereotipados e autoagressivos. A criança fora medicada desde os três anos com antipsicóticos e, aos pais, os médicos deram a certeza de uma psicopatologia incurável e de um futuro deficitário para a criança, apesar de os exames médicos não constatarem indícios de déficit cognitivo e/ou neurológico.

O núcleo familiar é composto pelo pai e pela mãe. Segundo os pais, a gravidez e o parto foram normais, e até os dois anos e meio a criança aparentemente não apresentava problemas. Nessa época, Igor começou a dormir mal à noite, a ficar agitado e nervoso. A criança ainda não falava e começava a apresentar comportamentos autoagressivos. Assim, começa a visita dos pais a vários profissionais de saúde. A mãe conta que foi ao pediatra, que a encaminhou ao neurologista, que indicou o fonoaudiólogo, que encaminhou ao psiquiatra, que a encaminhou para mim.

Nas sessões com os pais, conversamos sobre o cansaço deles e os sentimentos que tinham em relação aos outros e ao filho. Eles relataram, por exemplo, a vergonha que sentiam dos comportamentos do Igor e de serem recriminados pelos familiares e pelos vizinhos, que os

acusavam de não saber educar nem impor limites à criança. Nessa época, eles evitavam sair de casa com Igor, pois quando o faziam era sempre constrangedor. Qualquer alteração na rotina, como, por exemplo, o caminho feito para chegar em casa ou qualquer novidade, levava a criança a um estado de irritação, que podia chegar ao ponto de ela se jogar no chão e se debater ou, então, bater na primeira pessoa que encontrasse.

Além disso, a mãe relata que a criança nunca estava com o corpo intacto, tinha sempre algum hematoma ou ferimento, o que a levava a ter receio de as pessoas pensarem que ela o maltratava. Quando levavam o filho ao parquinho, as crianças não queriam brincar com ele e chamavam-no de doido. A mãe se sentia ansiosa, chateada e perdida, já que não podia privar Igor de ir ao parque, mas também não suportava ver as crianças rotulando-o e excluindo-o.

Nos meus primeiros encontros com Igor, ele não apresentava sinais de ansiedade de separação ao deixar a mãe na sala de espera. Quando entrava no consultório, fazia suas estereotípias e retirava os objetos da caixa de brinquedo e do armário, mas não brincava com eles. Alinhava alguns objetos, colocando cordões, carrinhos e panos em linha reta, mas não se detinha muito tempo em nenhum brinquedo ou objeto, além de apresentar grande agitação motora.

Com relação a mim, Igor não realizava nenhum contato direto, mas também não me ignorava por completo, tocando-me e olhando-me rapidamente quando passava perto. Minha sensação, nesse momento, era a de que eu era mais um objeto na sala. Diversos autores já relataram que algumas crianças em estados autísticos tratam-nos e fazem-nos sentir mais como um móvel da sala do que como pessoas (Klein, 1930a; Kanner, 1943; Alvarez, 1992). Quando eu tentava fazer algum contato ou chamava-o pelo nome, ele se esquivava ou ignorava-me.

Nessas primeiras sessões, quando algo saía do lugar, Igor se irritava, e caso não fosse feito algo, como voltar o objeto para o lugar, ele se jogava no chão e começava a se debater. Ele entrava em um estado de “ensimesmamento sofrido” (Tafuri, 2003), caracterizado por reações autoagressivas e desesperadas, que acontecem quando a criança se sente ameaçada ou frustrada. Nessas situações, acredito que Igor entrava nos estados descritos por Winnicott como “ansiedade impensável”, emitindo sons estridentes, jogando-se no chão, batendo a cabeça na parede ou no chão.

Essa situação levava-me a um sentimento de impotência. Não encontrava palavras que traduzissem o sofrimento de Igor, nem recursos para consolá-lo. Nesses momentos, minha atitude era de segurá-lo pelas costas, sem o contato visual, já que esse contato o incomodava, evitando que ele se machucasse ou me machucasse. Ele não se consolava e não se aconchegava no meu colo. Apesar dos calos e das feridas na cabeça e no corpo, Igor não demonstrava sentir dor ao se jogar no chão. Eu tentava amparar seu corpo, dizia “ai” quando ele se machucava e sentia dor por ele.

Nas sessões com Igor, também percebi que ele entrava em um momento de “ensimesmamento prazeroso”, caracterizado por um estado de excitação e de prazer com ele mesmo na ausência de relação lúdica e exploratória com os brinquedos e com o ambiente físico, além da ausência de relação afetiva comigo (Tafuri, 2003). Nesses estados, Igor ficava com os joelhos e com as mãos apoiadas no chão, balançava a cabeça de um lado para outro e batia os joelhos no chão; eram movimentos ritmados e ele ficava absorvido com as sensações oriundas de seu próprio corpo.

Os primeiros contatos com Igor são marcados por sentimentos contratransferenciais ambivalentes. Ao mesmo tempo em que era uma criança delicada e meiga, reagia com agressividade e violência, fascinando e assustando.

Depois das primeiras sessões com Igor, observei que ele repetia o movimento de olhar fixamente para a borda da mesinha ou para objetos alinhados, ficando com os joelhos e as mãos apoiadas no chão, balançando a cabeça de um lado para outro e batendo os joelhos no chão. Nesses momentos, Igor ficava isolado e imerso nas sensações de seu próprio corpo.

Como ele não me buscava, resolvo me aproximar fisicamente, sentando ao seu lado. Ele continuou preso em seu movimento, sem emitir qualquer reação à minha aproximação. Em seguida, decido imitá-lo, repetindo seus movimentos ao lado dele. Apesar de olhar fixamente para a borda da mesa e balançar a cabeça, em alguns momentos eu dirigia meu olhar para Igor, observando-o. Em um desses rápidos momentos de observação, os olhares se cruzaram, quase que sem querer. Nesse momento, Igor parou de se movimentar, olhou fixamente nos meus olhos e encostou sua testa na minha. Foi um momento forte de encontro entre nos dois e o olhar passou a marcar nossa relação, que começou a ser construída.

Depois de encostar uma testa na outra, olhando nos meus olhos, Igor volta a repetir os movimentos. Eu, então, continuo a imitá-lo e olhá-lo em alguns momentos, até que os olhares se cruzam novamente, dessa vez menos por acaso. Mais uma vez ele parou de se movimentar, sustentou o olhar e, depois, voltou ao movimento. A situação se repete algumas vezes, continuando nas sessões seguintes, de tal forma que pouco a pouco ele passou a buscar o meu olhar.

Nesse momento, percebo também que Igor desenvolveu uma rotina que o ajudava a estar e a se organizar no ambiente. Todo início de sessão, ele manuseava os mesmos brinquedos,

explorava um pouco a sala, abria e fechava as portas do armário repetidas vezes e jogava alguns objetos no chão. Em seguida, realizava os movimentos de balançar a cabeça de um lado para outro, batendo os joelhos no chão e olhando fixamente a borda da mesa ou os objetos alinhados que colocava em cima da mesa, como dominós, cordões ou uma toalhinha, procurando o meu olhar em alguns momentos. Depois, ele voltava a explorar a sala sem se deter em nenhum brinquedo. Assim, as trocas de olhares entre ele e eu eram intercaladas pela busca de algo no ambiente.

Além disso, ele observava e controlava os objetos da sala. Ele havia memorizado a localização dos brinquedos e a organização do ambiente, de tal forma que se a disposição dos móveis fosse alterada ou um objeto aparecesse fora do lugar ele procurava imediatamente voltar tudo para os devidos lugares. Caso não tivesse êxito, como no caso de brinquedos quebrados, ele ficava irritado, emitia sons estridentes e entrava no estado de “ensimesmamento sofrido”.

Percebia a importância da manutenção de um ambiente sem alterações, mas também a impossibilidade de isso ocorrer, pois a sala era dividida com outras crianças e, frequentemente, havia brinquedos quebrados, pinturas secando ou construções de outras crianças. Apesar de procurar deixar o ambiente o mais próximo possível do que Igor precisava, passei a enfrentar o desafio de auxiliá-lo a lidar com as mudanças e com as frustrações sem se desestruturar, como acontecia normalmente.

Com o passar do tempo, e com a ajuda das supervisões, consigo antecipar essas situações de “ensimesmamento sofrido”. Observei, por exemplo, que Igor apresentava alguns sinais antes de elas acontecerem. Ele começava a ficar mais agitado, fazia sons estridentes, ia em direção à porta e mexia na fechadura. Mas nem sempre era suficiente desviar a atenção de Igor ou mesmo expressar com palavras o que estava acontecendo, como, por exemplo, dizer que a criança havia

ficado com muita raiva por não conseguir encaixar as peças ou que estava muito difícil para ele permanecer dentro da sala, pois algo estava diferente.

Passo, então, a expressar com meu próprio corpo o que Igor poderia estar sentindo. Quando ele não conseguia realizar algo, eu começava a reclamar dizendo que aquele brinquedo era chato e que não entendia como funcionava, batia o brinquedo no chão e fazia cara de brava e emburrada. Quando ele, irritado, ia em direção à porta, começava a arremessar os legos no chão, fazia cara de brava, dizia que estava irritada e que queria abrir a porta, mas que ainda não estava na hora. Quando era por causa de algo diferente na sala, sem saber ou sem poder ajudar, eu fazia as mesmas caras e dizia que tinha algo diferente, que ele não gostava quando isso acontecia, mas que eu não conseguia ajudar nem entender o que estava o incomodando. Eu me via falando e agindo por mim e por ele. Tentava demonstrar que o compreendia, ao mesmo tempo em que buscava mostrar outra forma de ele reagir àquelas situações.

Primeiramente, quando eu expressava com palavras o que se passava nas sessões, Igor reagia com indiferença, mas com o decorrer das sessões ele passou a me olhar nos olhos quando eu falava com ele. Quando me expressava fisicamente, ele imediatamente olhava para mim com os olhos arregalados e com cara de espanto, estranhando o que estava acontecendo, mas demonstrando gostar. Repetindo essa atitude, percebi que, algumas vezes, ele se acalmava e voltava a explorar a sala ou algum brinquedo, sem entrar nas suas crises de angústia. Fazendo isso, personifico ainda mais os sentimentos dele em meu corpo e passo a imitá-lo, como uma forma de estar mais próxima. Essa forma de estar junto me ajudou a compreendê-lo melhor e a me sentir mais a vontade, pois percebia que daquela forma estávamos estabelecendo uma relação. Quando Igor não conseguia encaixar algo ou realizar alguma atividade, eu o imitava em

sua impossibilidade, demonstrando no corpo e com gestos sua raiva e sua insatisfação. Nesses momentos, ele olhava nos meus olhos, observando minha atitude e voltava à sua atividade.

Essas cenas foram se transformando em atividades conjuntas e em momentos de encontro entre nos dois. Ele passava a me olhar nos olhos, sustentando o olhar por cada vez mais tempo, a observar meus comportamentos e a sorrir. Ele também começou a solicitar as minhas reações, buscando meu olhar quando não conseguia fazer algo.

Em seguida, ele passou a esboçar um pedido de ajuda, refinando-o com o decorrer das sessões. Enquanto eu o imitava, mostrando que também não estava conseguindo, ele olhava para mim e para o meu brinquedo, sorria e passava a olhar para o seu próprio brinquedo. Eu percebi que ele estava identificando-se comigo pela imitação. Eu, então, olhava para ele e dizia que estava muito difícil e que podíamos tentar juntos. Daí, eu deixava o meu brinquedo e tentava ajudar Igor com o seu brinquedo; pouco a pouco, ele foi aceitando minha ajuda. Posteriormente, ele começa a ir em minha direção com seu brinquedo na mão, fazendo as mesmas caretas e expressões faciais que eu fazia quando não conseguia fazer algo. Paralelamente a isso, ele também começa a solicitar minha ajuda para alcançar os brinquedos que ficavam nas estantes mais altas. No início, ele emitia o som de "hum" olhando para mim e para o objeto. Ele apontava para os brinquedos com os olhos, e, dessa maneira, ficava difícil descobrir qual era o desejo dele, e quando demorava a acertar, ele se irritava profundamente.

Em uma sessão, ao não descobrir qual brinquedo ele queria, puxei uma das cadeiras e coloquei-o em cima, de forma que ele conseguisse pegar o objeto por si só. Nesse momento, ele se assustou, mas pareceu gostar. Olhou para a cadeira, para mim e para o brinquedo, dizendo "hum". Mas ele não pegou o brinquedo com sua mão, continuou apontando com os olhos.

Quando disse a ele que agora poderia pegar com sua própria mão, ele olhou para minha mão e a utilizou para pegar o brinquedo.

Com relação a esse fato, Tustin (1975) explica que é comum a criança “transformar a mão de outra pessoa em objeto autístico, usando-a como coisa destituída de vida ou vontade própria e como poderosa extensão de si mesmas que sirva para realizar seus desejos.” (p. 81). Ela revela que essa atitude já denota certo reconhecimento do modo como os objetos do mundo externo operam, mas uma incapacidade ainda de reconhecer a qualidade “não eu” das outras pessoas. Acredito que, nesse momento, em função da identificação de Igor comigo, ainda não era possível para ele usar seu próprio corpo, pois ele ainda estava reconhecendo-o enquanto sujeito, mas já era possível utilizar-me na resolução dos seus problemas. E isso era gratificante, pois era um sinal de que ele não estava mais isolado como antes.

Com o passar das sessões, Igor começou a esboçar um apontar levantando o braço para cima, mas sem conseguir especificar o objeto. Depois passou a conseguir apontar diretamente para o brinquedo e pegá-los por si só. Além disso, nas situações em que o ambiente ou os objetos estavam diferentes, ele passou a me levar até o local que tinha algo diferente e a apontar, pegar, esconder ou jogar no lixo os brinquedos diferentes ou estragados. A partir daí, ele vai adquirindo a capacidade de suportar as mudanças do ambiente sem precisar entrar no “ensimesmamento sofrido” e a até mesmo resolver por si mesmo essas situações, como jogar os brinquedos que não gostava no lixo.

Aos poucos, Igor passou a observar cada vez mais a mim e ao ambiente. Em uma determinada sessão, percebi que ele também estava imitando-me. Eu estava juntando com os pés as peças de lego antes de abaixar para guardar. Ele, então, me olhou e começou a chutar o restante das peças para todos os lados. Não lembro se só pensei ou se cheguei a falar: “nossa que

bagunça”, mas depois percebi que ele pegava as peças e as guardava, como eu estava fazendo. Começo a rir e digo para ele: “Ah, seu traquino, agora é você quem está me imitando”.

Essas imitações passam a acontecer com mais frequência e com mais variações. Igor tenta reproduzir minhas caretas e expressões faciais, imitar meu jeito de manusear os objetos e os movimentos dirigidos ao meu próprio corpo. Quando amarro meu sapato, ele também abaixa e fica mexendo em seu sapato; ao mexer no cabelo, ele passa a mão em sua cabeça; ao tirar a chave do bolso para abrir a porta, ele procura os seus bolsos e faz os movimentos de rodar a chave com suas mãos. Nesse período, a mãe comenta: “eu não sei o que está acontecendo, mas ele virou um papagaio, tudo que eu e o pai fazemos ele quer fazer também”.

Aos poucos, Igor vai reconhecendo as partes de seu próprio corpo enquanto eu as nomeio. Passa a explorar seu corpo e os brinquedos da sala e passa a tolerar os brinquedos em forma humana que estão quebrados ou faltando alguma parte, o que antes era impossível.

Igor também passou a demonstrar sua dor quando machucava alguma parte do corpo, buscando meu olhar, apontando para o local ferido e expressando no corpo essa dor. Com relação a esse fato, Safra (2005b) faz a distinção entre o “sentir dor” e o “ser dor”, explicando que quando o paciente “é dor”, a dor é o próprio “eu”. Quando isso acontece, a experiência é a de uma dor infinita, é uma experiência insuportável em que não há possibilidade de se fazer referência. Por outro lado, quando o paciente pode “sentir dor”, ele sente a dor sem estar identificado com ela, o que possibilita uma experiência reflexiva, para além de si, frente à dor. Acredito que, por meio da relação estabelecida comigo, Igor pôde ter essa dor vivida nos meus olhos. Eu pude testemunhar e fazer referências a essa dor, de tal forma que ele pudesse vivenciar sua dor.

Assim, minha presença, inicialmente expressa por meio do corpo e do olhar, possibilitou que as experiências de Igor fossem vividas, expressas e testemunhadas, ocorrendo assim uma comunicação a partir da vivência entre corpos e da revelação de significados por meio da corporeidade que agora podia falar.

Com o caso de Igor mostrei a importância dos vínculos sensoriais não verbais na clínica, mais especificamente a importância do olhar e do corpo enquanto presença para o estabelecimento da relação analítica e para o início do reconhecimento de Igor enquanto sujeito, e a retomada de seu processo de integração.

Percebi que por meio do *holding* e do manejo, o olhar e o corpo se transformaram em experiências constitutivas para a criança, possibilitando que ela habitasse o próprio corpo, reconhecendo suas partes e seus limites. O corpo de Igor deixou de ser um amontoado de partes não integradas para começar a criar sua dimensão de sujeito unificado, constituindo-se em uma representação psíquica, sendo morada da subjetividade e vínculo de dor, de alegria e de afeto, possibilitando o desenvolvimento da linguagem corporal.

Do ponto de vista da relação analítica, eu também estava no lugar da “mãe suficientemente boa”, tentando me adaptar às necessidades dele, fornecendo *holding* (auxiliando o processo de integração, de tal forma que o ego se integrasse em uma unidade e tivéssemos constituição do si mesmo) e manejo (*handling*) (proporcionando a personalização, com a interação dos aspectos da psique e do soma, a partir da qual o Igor adquirisse a capacidade de habitar o próprio corpo).

Quando estamos diante de um caso clínico no qual a estrutura pessoal ainda não está integrada e é anterior à aquisição da unidade pessoal em termos de espaço e de tempo, a ênfase do trabalho recai sobre o manejo clínico e sobre o estabelecimento de um ambiente *holding*. Até

porque, momentos de indiferenciação, vividos na relação analítica, não são acessíveis à capacidade simbólica, são experiências que acontecem e que precisam ser manejadas como eventos sensoriais não verbais. Isso demanda do analista uma disponibilidade emocional para se permitir ser afetado pelo paciente, sendo permeado pelas sensações sentidas contratransferencialmente e personificando com seu corpo o que se passa na relação analítica.

Atualmente, com dez anos de idade, Igor não apresenta estereotípias e ecolalias, superou os comportamento autoagressivos e as crises de ansiedade, brinca de forma simbólica com os brinquedos, relaciona-se com crianças e com adultos e conseguiu ser incluído no ambiente escolar. Apesar dessas conquistas, Igor ainda tem o desafio do desenvolvimento da linguagem, tem vocabulário, mas tem dificuldades nas construções de frases longas. Esforça-se para ser compreendido pela fala e irrita-se quando não o compreendemos. Quando não consegue se expressar pela linguagem verbal, utiliza como recurso a representação no papel, tanto pelo desenho quanto pela escrita das palavras e das frases. Ainda temos dificuldades com sua dinâmica familiar, que durante o processo analítico se revelou muito conturbada, pai ausente e usuário de drogas, mãe desempregada e sem rede social de apoio. Apesar das dificuldades familiares, financeiras e emocionais, Igor continua a superar seus desafios.

A construção da relação analítica e do espaço potencial : casos Leonardo e José

Através dos casos trazidos até aqui, mostrei a necessidade de se construir uma relação analítica com a criança, a partir da qual o brincar compartilhado pode surgir. Winnicott (1977), no relato do tratamento psicanalítico de Gabrielle, uma menina de dois anos e chamada carinhosamente de *Piggle*, mostra-nos a possibilidade de estabelecer uma relação com a criança a

partir da transicionalidade e não apenas a partir da interpretação. Nesse caso, ele utiliza o espaço potencial que *Piggle* havia construído para se inserir. Em vez de falar diretamente com a criança, ele se dirige ao ursinho (o objeto transicional) que ela havia trazido de casa. Transcrevo abaixo o primeiro contato de Winnicott com *Piggle*:

Os pais trouxeram “Piggle” e, a princípio, ficamos todos durante algum tempo no consultório. Gabrielle estava séria e, logo que pôs a cabeça na porta, *percebi que tinha vindo disposta a trabalhar*.

Levei os três para a sala de espera, onde tentei trazer Piggle de volta à minha sala. Ela não se mostrava disposta a fazê-lo e no percurso disse a mãe:

“Eu sou tímida demais!”

Em vista disso, chamei também a mãe, recomendando-lhe, entretanto, que não ajudasse em nada. As duas sentaram-se juntas no divã. *Antes eu já tinha feito amizade com o ursinho* que estava no chão, ao lado da mesa. Sentei-me no chão, no fundo da sala para brincar com os brinquedos. Disse a Piggle (na verdade não conseguia vê-la): *“Traz o ursinho para cá. Quero mostrar-lhe os brinquedos”*. *Ela trouxe imediatamente e ajudou-me a mostrar-lhe os brinquedos. Logo, ela mesma começou a brincar com eles (...)*. (p. 25, itálicos meus).

Gostaria de ressaltar dois aspectos desse relato: 1) que *Piggle*, do ponto de vista do desenvolvimento emocional, já havia construído um espaço potencial que Winnicott utilizou para estabelecer uma relação com a criança; e 2) que ela, apesar da timidez, estava disposta a trabalhar, havendo assim uma abertura para o processo de análise. A partir desses dois aspectos, verificamos que Winnicott usou o espaço potencial para entrar em contato com *Piggle*, ao mesmo tempo em que a criança pôde deixar que ele habitasse esse espaço, que se transformou em um espaço compartilhado, onde ambos, analista e criança, puderam existir e brincar juntos.

Piggle, apesar de suas dificuldades emocionais, pôde permitir que Winnicott habitasse esse espaço e, assim, usasse da transicionalidade. Entretanto, há casos em que a criança ainda não pôde construir essa área de experiência, ou não pôde ainda permitir a nossa entrada, de tal forma que pudéssemos brincar junto.

A fim de demonstrar isso, trago dados clínicos de duas outras crianças atendidas por mim. No primeiro caso, mostro a necessidade de estabelecer um ambiente *holding* e o manejo necessário para que fosse possível a criança confiar em mim e no ambiente para permitir que eu habitasse seu espaço potencial. No segundo caso, evidencio a necessidade de construir tanto o espaço potencial quanto a relação analítica, e, ainda, quais foram os meios utilizados para isso.

Caso Leonardo:

Leonardo, uma criança que chegou para os atendimentos quando tinha onze anos. O núcleo familiar era composto pelo pai, pela mãe e pelo irmão mais velho de quatorze anos. Os pais haviam-me solicitado que realizasse uma reavaliação psicológica do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), recebido quando o filho tinha seis anos de idade, e com o qual a família convivia. Outros dados e reflexões sobre esse atendimento podem ser encontrados em Januário e Tafuri (2008a).

Diferentemente de *Piggle*, Leonardo não tinha vindo disposto a trabalhar. Nas primeiras sessões, chegava com um aspecto de desânimo, cabisbaixo, sem olhar para mim e para os brinquedos. Às vezes reclamava que não estava se sentindo bem, que estava com dores nas costas, de cabeça e se mostrava sonolento. Normalmente, chegava, sentava, olhava para os materiais que se encontravam em cima da mesa e depois de um tempo fazia algum desenho. Geralmente permanecia calado, com um olhar triste e, ao mesmo tempo, de desdém.

Nesse primeiro momento, senti que Leonardo não queria se envolver; quando eu perguntava ou falava algo, ele não continuava a conversa, não respondia e, quando o fazia, era

para dizer que não sabia. Quando falei o porquê de estar ali, se mostrou indiferente. Pela sua atitude, ele demonstrava que não precisava de mim e que não queria estar ali.

Nos ambientes sociais e familiares, os pais relatavam a mesma relação estabelecida comigo na sessão. Leonardo não se envolvia emocionalmente e demonstrava desinteresse pelo contato com o outro, preferindo ficar isolado e sem ser perturbado por ninguém, brincando sempre de forma solitária.

Na escola, não interagia com os professores e com os outros alunos, ficava sempre coberto com o capuz do casaco, tinha o olhar cabisbaixo e triste, não gostava de qualquer contato físico ou interação social. Não realizava anotações no caderno, e quando as fazia, utiliza frases incompletas, inteligíveis e incorretas. Não participava de atividades em grupo ou dos eventos escolares. A queixa dos professores era que a criança não prestava atenção e ficava grande parte do tempo manuseando brinquedos ou construindo origamis.

Um dos aspectos que me chamou atenção em Leonardo era a perfeição de seus desenhos, contudo, não conseguia utilizá-los para estabelecer um diálogo com ele. Quando perguntava do que tratam as gravuras, não respondia, e quando o fazia, dizia: “nossa como você é burra, não percebe que são desenhos simples, não tem nada para ser dito”. Porém, os desenhos não eram nada simples. Ele fazia figuras complexas e com diversas cenas. Em um dos desenhos, a título de exemplo, construiu um navio que possuía diversos robôs, entre eles um “robô martelo” (um robô em formato de martelo). Ao bater o martelo, o robô pressionava um balão e assim era enviado um jato de água em direção ao céu.

Com Leonardo, eu percebia a existência de uma área de brincar, contudo ele não me permitia compartilhar dessa área para que pudéssemos brincar juntos. Em virtude da reação

agressiva da criança às minhas pontuações, decido permanecer em silêncio e respeitar o seu limite, desenhando em outra folha de papel ao seu lado.

Minha presença silenciosa, sem questionamentos e sem forçar uma relação, deu origem a um jogo de sons. Ele começou a emitir sons metalizados enquanto desenhava e eu repetia seus sons, surgindo um jogo de sons na ausência da comunicação verbal. Ele emitia os sons que eram intercalados pelos sons que eu produzia. Quando eu não respondia a esses sons, ele os intensificava e me olhava, reprimindo-me por não continuar com a imitação.

A partir dessa imitação dos sons, Leonardo passou a nomear seus desenhos e os brinquedos da sala, solicitando que eu repetisse quais eram os nomes dados, exercendo um controle onipotente sobre mim, pois, se eu errasse o nome atribuído, era imediatamente corrigida de forma severa. Era como se as palavras pronunciadas possuíssem uma força própria, pois ele ficava furioso quando eu esquecia ou trocava os nomes dos desenhos ou dos brinquedos, era como se sem seus nomes as brincadeiras deixassem de existir, não podendo ser resgatadas por sinônimos ou por explicações do que significavam, mas apenas pela palavra certa. Em uma das sessões em que esqueci o nome do “amigo caramujo”, ele, irritado, diz: “Como você é estúpida! Uma lesma com um caracol em cima (minha explicação) nunca vai poder ser a mesma coisa que o amigo caramujo. Você nunca vai aprender que se não disser o nome dele, ele nunca vai aparecer”.

Além da perfeição dos desenhos, sua linguagem chamava atenção tanto pela precocidade do vocabulário quanto por sua desorganização e sua rapidez. O raciocínio de Leonardo era rápido, ele retrucava as minhas frases com precisão, deixando-me muitas vezes confusa e surpresa. Outro ponto que se destacava era sua criatividade, seu potencial de criação e de

transformação das coisas; ele fazia diversos tipos de origamis e de desenhos e construía com o lego os mais variados circuitos, robôs, aviões.

Em uma das sessões, Leonardo deixou a mesa e o papel e buscou outros brinquedos na sala, utilizando um pouco melhor o ambiente. Primeiramente, a bola de basquete chama sua atenção. Depois de desenhar, ele resolve brincar com a bola, emitindo os sons que são intercalados por mim. Eu busco então outra bola. Quando ele percebe isso, toma a bola para si e diz que estou atrapalhando. Eu entendo que ainda não posso brincar e continuo apenas repetindo seus sons. Apesar de ele não me deixar brincar junto, percebo que ele já está mais a vontade na minha presença.

Na sessão seguinte, ele busca imediatamente a bola e retoma a brincadeira da última sessão. Depois de algum tempo brincando sozinho com a bola, ele se aproxima de mim e arremessa a bola com força em minha direção. Percebo sua raiva e sua agressividade e intervenho dizendo que podemos brincar de machucar, mas que não podemos nos machucar de verdade. Ele retruca dizendo que sou uma chata mesmo, que não sirvo para nada e que duvida que eu consiga tomar a bola dele. Assim, ele me convida para brincar, ao mesmo tempo em que passo a ocupar o lugar de alvo de sua agressividade. Nesse momento, é iniciada uma disputa, na qual ele não me deixa pegar a bola e passa a me agredir verbalmente: “você é muito burra, não consegue nem encostar na bola”. Quanto mais eu assumia esse papel de burra e reclamava por não encostar na bola, mais ele ficava empolgado com a disputa, que agora era um jogo.

Nas sessões seguintes, ele cria regras para a disputa, passa a burlar as próprias regras e a fornecer pontuações para o jogo. Eu nunca conseguia marcar pontos e as suas agressões verbais aumentavam. Quando marcava um ponto, ele preferia retirar um dos seus próprios pontos para

que eu continuasse com zero. A partir desse jogo, houve uma importante mudança na relação com a criança e pude habitar o espaço potencial.

Depois de algumas sessões jogando bola, Leonardo cria a “batalha de fortes”, nome que dá à brincadeira que consiste em um destruir o forte do outro. Assim, a “disputa” pela bola se transforma na “disputa” pela destruição do forte, onde apenas meu forte pode ser destruído. No início das sessões, antes do começo da guerra, cada um construía um forte. Ele chegava às sessões e juntava rapidamente os materiais para construir o seu. Ele precisava controlar todos os materiais que eu utilizava de tal forma que o meu forte ficasse sempre frágil.

Na construção dos fortes, ele utilizava não apenas os brinquedos da sala, mas também os móveis, as mesas e as cadeiras, usando geralmente objetos duros e resistentes. Eu, por outro lado, podia usar apenas os colchonetes e os objetos pequenos, leves e macios. O espaço físico do consultório se transformava em um campo de batalha visivelmente dividido em duas partes, uma a ser destruída e a outra a destruir.

Nesse momento, as fantasias de Leonardo estavam a todo vapor e seu discurso era rápido e desorganizado. Ele derretia meu forte com o “amigo ferro”, partia-o com a “amiga espada”, explodia-o jogando bolas que eram bombas de gás lacrimogêneo. Ele estava mais expansivo e utilizava melhor o espaço físico da sala, demonstrando estados de excitação motora, com livre expressão verbal a suas fantasias. Um aspecto que me chamou atenção em suas brincadeiras era o fato de ele atribuir características de seres animados a seres inanimados; tínhamos o “amigo martelo”, o “amigo ferro”, a “amiga arara” e o “amigo jacaré”, e em outras situações ele dizia que “a casa está vomitando todos os animais que ela devorou” ou que “esse armário não para de peidar”.

Chegou a um determinado ponto em que destruir o forte não era suficiente e ele passou também a me destruir: sou fatiada com a espada, transformada em *sushi*, comida por uma mosca e depois defecada; explodida por uma bomba, transformada em pó, dissolvida em água, bebida pelo “amigo jacaré”, saída em forma de fezes e jogada no esgoto, podendo permanecer no esgoto por algumas sessões ou ser eletrocutada com um choque de 3.000 volts.

Junto às brincadeiras de “batalha de fortes”, Leonardo introduz “o que é o que é?”, jogo que ele faz perguntas impossíveis de eu responder. Ao não acertar ou não responder, o que era frequente, devia “pagar mico”. Suas perguntas eram desafios invencíveis como, por exemplo, adivinhar de olhos fechados qual a sequência de cores que ele pintava meus dedos.

Além disso, ele passa a criar armadilhas para me “sacanear”, como utilizar o telefone para se comunicar e para me enviar para o esgoto. Ele fazia “trim, trim”, eu sabia que tinha de atender ao telefone e ele dizia: “o que é o que é? Que te suga e te manda para um lugar fedorento? O telefone! Tchau, tchau esgotinha”. E eu era jogada no esgoto.

Em alguns momentos, a agressão verbal era insuficiente e ele acabava me machucando ou quebrando algum brinquedo. Muitas vezes, precisei interromper as brincadeiras e colocar limites no que se passava, mas isso não era algo fácil. Passei a enfrentar o desafio de mostrar para Leonardo que ele podia me agredir de maneira simbólica, sem de fato o realizar. Aos poucos, ele foi conseguindo representar sua raiva e sua agressividade, e a controlar sua força.

Suas brincadeiras e as fantasias são intensas, fortes e, em alguma medida, misturadas à realidade. Tinham, em si, algo de onipotente e de onipresente, com pouca conexão com o cotidiano, mas com uma relação com seu mundo. Eu sentia uma confusão entre o mundo interno fantasioso de Leonardo e a realidade externa, mas por meio dessas brincadeiras eu conseguia compreender o que se passava internamente com ele.

Apesar da necessidade que eu sentia de colocar limites e dar um contorno ao que se passava nas sessões, também sentia que era importante para ele que eu experimentasse sua confusão e sua agressividade. Do ponto de vista da relação analítica, eu estava atenta ao lugar que ele me colocava e procurava brincar a partir desse lugar. Quando Leonardo me sacaneava, me chamava de burra ou dizia que eu não prestava atenção em nada, ele transferia para mim o lugar ocupado por ele em casa e na escola. Ou seja, o lugar de uma criança com o diagnóstico de TDAH, que era repreendida por não prestar atenção, não aprender e não conseguir fazer as provas escolares.

Quando eu tentava interpretar o que estava acontecendo nas sessões, relacionando essa transferência com sua história de vida e com sua relação com os outros, Leonardo se sentia agredido por mim, como se minhas pontuações fossem um ataque ou um contra-ataque e não uma ajuda. Existia uma dificuldade grande de ele confiar em mim e um aspecto paranóide em sua forma de lidar com o outro. Ele precisava ficar no controle da situação para se relacionar comigo e demorou muito tempo para que ele pudesse confiar e utilizar de forma terapêutica o que eu dizia. Enfim, nesse momento, Leonardo não permitia que eu transitasse entre os meus dois papéis, o de analista e o criado por ele, e as minhas interpretações eram sentidas como uma intrusão, aumentando suas defesas.

Nesse período da análise, Leonardo teve uma mudança significativa de comportamento. Ele não se mostrava mais triste e desanimado como nos encontros iniciais. Pelo contrário, chegava sorrindo, cheio de energia e sempre dizendo: “você tem que pagar mico, já que perdeu na última sessão”. Em seguida, entrava na sala e começava a arrumar o ambiente para me “sacanear”. Também não saía cabisbaixo da sala, como acontecia com frequência, saía imaginando o que faria na próxima sessão.

Aos poucos, ele foi usando representações humanas em suas brincadeiras e o pronome “eu”, incluindo-se como sujeito de suas fantasias. Não dizia mais que o “amigo jacaré” havia feito tal coisa e, sim, que “ele”, Leonardo, havia feito.

Com o passar do tempo, Leonardo começou a sugerir estratégias para eu me defender dele e ficar mais atenta, como, por exemplo: “você precisa prestar atenção no que está acontecendo, levanta a mão para se proteger”; “se ferrou, otária, quem manda não pegar as coisas detalhadamente”; “você precisa escolher melhor os membros de sua equipe para poder construir o forte”. Ou, então, dizer: “vou começar a arremessar brinquedos para te distrair, mas você não pode prestar atenção nisso, tem que se concentrar no foco e esquecer as coisas ao redor”. Dessa forma, ele estava encontrando saídas não apenas para mim, na sessão, mas para suas próprias dificuldades do dia a dia.

A criança começa também a demonstrar a capacidade de cuidar de mim. Quando eu representava o que sentia, expressando com palavras e com o corpo a tristeza, o cansaço e a raiva, ele me fornecia estratégias e fazia concessões. Ele também passou a falar mais de si, o que gostava e o que não gostava, e a falar sobre o que se passava fora das sessões, como eventos da escola e de casa.

Aos poucos, passei a ocupar outro lugar: a de companheira nas brincadeiras. Sua necessidade de controle diminuiu e ele foi me deixando participar na criação das brincadeiras. Assim, não era mais uma relação de competição e, sim, de cooperação entre nós. Ao mesmo tempo, ele começou a utilizar o pronome “nós”. Em vez de dizer “eu vou juntar isso e você vai juntar o resto”, ele passou a dizer: “nós precisamos nos proteger da chuva” ou “nós temos que aprimorar nossa cabana”.

Em uma sessão, ele montou a cabana e disse: “agora vai chover o resto da sessão e ficaremos aqui dentro até o final”. Dentro da cabana, ele comeu uns salgadinhos que havia trazido, deitou, ficou quieto e sem falar. A falação das outras sessões dá lugar agora ao silêncio. Isso se repetiu até que numa sessão ele falou: “ai que bom, agora posso descansar”. Nesse momento, temos outra mudança significativa na nossa relação. Eu e ele podíamos descansar na presença um do outro. Eu podia ser eu mesma sem seu controle. Podíamos estar juntos em um mesmo ambiente sem um invadir o espaço do outro, podíamos coexistir.

Em uma sessão, Leonardo chegou com seus bonecos prediletos. Começou a separar os objetos da sala dizendo: “esse é meu, este é seu”. Em seguida disse: “Hoje, a batalha vai ser entre os nossos bonecos e não entre a gente, então monte seu forte”. Leonardo retomou a brincadeira de batalha de fortes, mas agora sem me atacar, conseguindo utilizar os bonecos. E ele me instruiu, dizendo: “os seus bonecos são os seus vodus, tudo que eles sentirem você vai sentir também”.

Em uma dessas sessões, Leonardo interrompeu a brincadeira, ficou triste, e disse: “eles são só brinquedos”. Ele se entristeceu ao perceber que podia brincar com os bonecos como se fossem pessoas, mas que mesmo assim eles continuavam sendo brinquedos. Percebeu o limite entre fantasia e realidade e conseguiu fantasiar sem misturar com a realidade. Senti que sua defesa maníaca deu lugar a uma pequena depressão. Ele passou a ficar mais triste nas sessões.

Nessa época, ele se mostra incomodado e com medo de filmes que não possuem sentido lógico. Por exemplo, ao falar sobre um filme de terror que havia assistido, ele comenta: “fiquei assustado, não consegui dormir, fui para a cama da minha mãe. Não entendo como uma mosca e a menina podem sair vivas de dentro da TV. Todo mundo que vê a fita morre, não entendo”. Ele percebe onipotência e riqueza de fantasias fora do controle dele próprio, o que o assusta. No

entanto, isso não o desorganiza e ele consegue encontrar recursos para amenizar esses sentimentos, como ir para a cama da mãe e contar a estória para mim. Na sua relação comigo, ele agora podia confiar e mostrar-se frágil, permitindo o cuidado.

Leonardo me permitiu experimentar, na relação analítica, um pouco de seu mundo interno, sua organização defensiva e a forma de comunicar seu conflito. Nesse caso, foi preciso vivenciarmos juntos o que se passava nas sessões, para compreendermos e para, em seguida, conseguirmos ligar aquilo com sua história de vida, dando sentido e significado a experiência analítica.

O foco não estava na constituição de si mesmo, como no caso de Igor, mas na sensação de realidade. Estava lidando não com uma falha na constituição de si mesmo, mas na construção da realidade externa. Ao me relacionar com Leonardo, primeiramente tive de lidar com seu isolamento e sua rejeição pelo contato, em seguida com sua agressividade e com o uso intensivo de mecanismos de identificação projetiva, para, posteriormente, ambos podermos ser sujeitos com individualidades próprias coexistindo em um espaço potencial.

Transferencialmente falando, eu também estava no lugar da “mãe suficientemente boa”, tentando me adaptar às necessidades dele, possibilitando que ele tivesse uma experiência de onipotência que anulava sua real condição de fragilidade e de insuficiência. Assim, ele pôde experimentar, na relação analítica, a ilusão necessária de um relacionamento saudável com o outro.

Do ponto de vista da relação contratransferencial, eu precisava estar identificada ou mesmo fundida com Leonardo, ao mesmo tempo em que permanecia orientada para a realidade externa. O desafio era manter a transicionalidade, mostrando a possibilidade do brincar

compartilhado em um espaço potencial, em uma área neutra e intermediária de experiência que não era dele nem minha, mas nossa, onde eu e ele podíamos coexistir de forma lúdica e criativa.

Esse caso demonstra a importância de um ambiente *holding* e do manejo clínico, a partir do qual Leonardo pôde começar a confiar em mim. Além disso, também comecei uma “apresentação de objeto”, no sentido de, aos poucos, ir-me apresentando como sujeito e, em um momento posterior da análise, iniciar minhas interpretações. Foi possível, ainda, acompanhar a passagem da relação ao uso de objeto, conforme discuti no capítulo 2. Graças à relação analítica, Leonardo pôde me destruir sem que eu o retaliasse. Em seguida, pude sobreviver a essa destruição e, assim, Leonardo pôde me usar enquanto objeto externo, fora da área de seu controle onipotente, e eu pude, aos poucos, deixar de ser um feixe de projeções para começar a fazer parte da realidade compartilhada.

Atualmente, Leonardo está com dezoito anos e é atendido por um amigo que gentilmente compartilha os desenvolvimentos e os conflitos de Leonardo como adolescente. Ele está terminando o segundo grau e se preparando para o vestibular. Vive perturbando os pais para tirar sua carteira de motorista e para sair com os amigos. Do ponto de vista emocional, tem buscado sua independência, mas ainda tem dificuldades com relações mais intensas e íntimas e, em alguns momentos, ainda observamos a presença de pensamentos paranoicos. Tem usado o processo de análise para compreender algumas dinâmicas dos relacionamentos amorosos, tendo recentemente dado seu primeiro beijo em uma garota, o que foi comemorado por todos nós.

Caso José:

José é uma criança que chegou para o atendimento aos três anos e oito meses de idade. É filho único e seu núcleo familiar é composto pela mãe e pelo pai. Segundo os pais, e analisando sua história de vida, observamos que José teve um desenvolvimento aparentemente normal até os dezoito meses; era um bebê tranquilo, carinhoso, gostava de colo, sorria. Aos doze meses, balbuciava muitas sílabas e todos acreditavam quealaria rapidamente.

Aos dezoito meses, ele teve um retrocesso no desenvolvimento da linguagem verbal, emitindo menos sons do que até então pronunciava, e a mãe enfrentou uma crise depressiva. Analisando suas fotografias, verificamos que, a partir dessa idade, o contato visual de José tornou-se menor e ele não olha mais para a câmera fotográfica. Atualmente, os pais só conseguem fotografá-lo enquanto ele assiste televisão. Ainda nessa idade, ele não interagia com outras crianças e os pais perceberam que ele também não respondia sempre quando o chamavam. Nesse momento, a mãe relata que José entrou em uma fase mais passiva. A escola e o pediatra diziam que estava tudo normal e que cada criança tinha seu tempo. Contudo, os pais, desconfiados de que algo se passava, decidem fazer diversos exames de audiometria, todos com resultados normais, e iniciam o tratamento fonoaudiológico.

Aos dois anos e meio, os pais trocam José de escola, iniciam o acompanhamento psicoterápico e um novo tratamento fonoaudiológico. Nessa fase, eles relatam que o atraso na linguagem verbal e a dificuldade de interação social já eram evidentes. Iniciam, então, acompanhamento com neuropediatra e realizam os exames de ressonância magnética, síndrome do X-frágil, cariótipo, erros inatos de metabolismo, todos com resultados normais ou inconclusivos.

Nessa época, os pais receberam a hipótese diagnóstica de Transtorno Global do Desenvolvimento, com suspeita de Autismo infantil. Por lerem e pesquisarem muito, eles já não tinham dúvidas de que José estava no espectro do autismo. As pesquisas também os levaram a procurar outros médicos que seguiam o protocolo DAN (*Defeat Autism Now*) do Autism Research Institute⁶ e o tratamento biomédico, abordagens que seguem até o presente momento e que consistem em diversas ações para o tratamento do autismo com dietas isentas de glúten e lactose e suplementação vitamínica.

Quando José tinha três anos, sua mãe participou do programa Son-Rise⁷ (*Autism Treatment Center of America*) para tratamento de crianças autistas. Quando José estava com três anos e seis meses, seus pais, sentindo que a criança não estava respondendo ao tratamento psicoterápico, iniciam um novo acompanhamento. Atualmente, além do tratamento psicanalítico comigo, José realiza musicoterapia, fonoaudiologia, psicopedagogia e estimulação sensorial.

Após a entrevista inicial com os pais, recebo José na presença da mãe, que demonstra uma boa compreensão da criança. Acredito que, em função de suas buscas, e também por dedicar momentos para interagir de forma lúdica com o filho, a mãe conseguia identificar e traduzir o que se passava com José, o que me auxiliou a conhecê-lo. Ela também já conversava bastante, nomeava, explicava e antecipava as alterações de rotina, de tal forma que precisei intervir menos na sua relação com a criança nesse primeiro momento.

Nas sessões iniciais com José, observei uma dificuldade e uma resistência dele interagir comigo, preferindo ficar sozinho, evitando olhar para mim e minha aproximação. Com a mãe, mostrava-se uma criança diferente, principalmente no que se referia ao vínculo, olhava e fixava o

⁶ Para maiores informações acessar: <http://www.autism.com/ari/index.htm>

⁷ Para maiores informações acessar: www.autismtreatmentcenter.org ou www.inspiradospeloautismo.com.br

olhar por certo tempo, buscava seu corpo, emitia alguns sons, mas ignorava minha presença. O único momento em que reagia à minha presença era quando a mãe se dirigia a mim. Quando ela falava comigo, ele imediatamente se irritava, caminhava em sua direção e tampava sua boca.

Observei defesas e isolamentos autísticos, mas também me questionava se parte daquela reação não era uma recusa a iniciar mais um tratamento e à quebra de vínculo que havia sofrido com a antiga psicóloga que o acompanhou por um ano. Além disso, percebia que a minha presença era sentida como algo negativo, que interrompia e atrapalhava sua relação com a mãe, e ele me mostrou, de forma muito direta, que não estava disposto a dividir a atenção dela comigo. Digo para José o que aconteceu, converso sobre a mudança de psicóloga e sobre o fato de que agora ele viria me ver duas vezes por semana. Também converso com a mãe e com ele sobre a forma que estava reagindo à minha presença e à interação dela comigo.

Depois de três sessões na presença da mãe, José conhecia a mim e o ambiente minimamente, e passo a atendê-lo individualmente. Além disso, diferentemente do caso do Enrique, percebi que a presença da mãe no ambiente dificultaria meu vínculo com ele. Logo ele estabeleceu uma rotina no ambiente com uma determinada sequência de brincadeiras, tendo preferência por atividades repetitivas e solitárias. Chegava à sala e caminhava em direção a um brinquedo em que três bolas de madeiras desciam por um caminho inclinado verticalmente; ele olhava fixamente para as bolas e podia ficar ali por um bom tempo, fazendo com que as bolas descessem novamente. Em alguns momentos, a bola saía do caminho, ele ficava irritado e se jogava no chão. Eu, sentada próximo a ele, aos poucos fui me incluindo na brincadeira e ele foi “aceitando” ou tolerando.

Primeiramente, comecei pegando as bolas por breves períodos, nos quais ele tinha de esperar a minha vez de jogar e repartir o brinquedo comigo. Se eu demorasse muito tempo com

as bolas, ele desistia do brinquedo, afastava-se de mim e fazia estereotípias (andar pela sala enrolando a blusa com o dedo). Ele demonstrava que não gostava, mas eu sentia que era algo tolerável, ele não se desestruturava como outras crianças; o desafio era com o tempo que levaria para me incluir, de forma que ele não ficasse isolado com o brinquedo e também não se afastasse totalmente.

Passei também a imitá-lo, antecipadamente, nos momentos em que a bola não cumpria a trajetória; batia as mãos no chão, abaixava a cabeça e fazia voz de choro. Além disso, dizia: “ah nãooooo, não fez gol”. A tentativa era a de dar um contexto e um sentido ao que acontecia. Quando cumpria todo o percurso eu comemorava, batendo palmas e dizendo: “é goooool”. Nesse momento, ele gostava de minha participação, olhava-me fixamente, prestava atenção nas minhas reações e em alguns momentos ria.

Depois de um tempo, ele não se irritava mais e ficava esperando minha reação. Quando uma de nossas bolas chegava ao fim ele comemorava junto comigo ficando de pé, pulando e emitindo um som de éééé. Minha presença não era mais algo que o incomodava e o atrapalhava, podíamos nos divertir um pouco juntos. Em virtude de sua aceitação, passo a conversar mais com ele e digo, por exemplo, que: “não gostamos quando as bolas e as coisas saem erradas”; “quando não é gol ficamos irritados”; “não tem como controlarmos tudo, uma hora não vai ser gol”; “não precisamos ficar tão irritados, porque agora acertamos”.

Contudo, esses momentos de interação não duravam muito tempo, ele logo partia para outra brincadeira isolada e eu precisava novamente criar uma forma de brincarmos juntos. Em algumas atividades, eu não conseguia encontrar uma forma prazerosa de estarmos juntos, como, por exemplo, seu interesse em puxar com os dedos pedaços de sacolas plásticas e os observar caindo no chão. Compreendi que essa atividade era só dele, eu não podia participar, tinha de ser

só ele com seus pedacinhos de plástico. Eu ficava quieta, observando e, às vezes, falava “uuu caiu no chão”. Até que passei a gostar de ver a força da gravidade atuando sobre os pedacinhos; apesar de uma atividade repetitiva, sentia que era algo que deixava ele tranquilo. Nesse momento, eu o acompanhava, até que ele partia para outra atividade que eu pudesse participar. Depois de um período, essa atividade foi diminuindo de frequência até que se extinguiu e eu compreendi que ele não precisava mais daqueles momentos.

Outra atividade era a de rolar o durex pela sala; ele rolava a fita, saía correndo de joelhos e falando “aaaaaa”, “ooooo”, “eeeeee”. Essa foi mais complicada de ele brincar comigo, até porque o brincar foi se constituindo por meio de uma disputa pelo durex, que, diferente das bolas, era só um. Eu o seguia pela sala, repetia seus sons e quando conseguia pegar o durex, ele vinha correndo irritado para tomar de mim. Eu falava com ele: “ah, não José, me dá, o durex também é meu” e rolava o durex e nos dois saímos correndo atrás. Depois de algumas sessões, ele passou a repetir o “dá” e o “é meu” que eu falava e a não se irritar tanto quando eu pegava o durex.

Eu, então, diminuí a frase quando ele tentava tomar o durex de mim e passei a dizer apenas: “me dá, é meu”. Ele olhava fixamente para mim e para minha boca e repetia “me dá”, ria e completava “é meu”. Nessa brincadeira, a atenção e o brincar compartilhado ficaram maiores e, a partir dela, começou a ocorrer um espelhamento no qual José começou a repetir o que eu dizia e a imitar o movimento da minha boca.

Em alguns momentos, José deitava no divã e ficava escorregando de ponta cabeça. Em casa, os pais comentaram que ele adorava ficar de ponta cabeça; eu me incomodava profundamente quando ele fazia isso, além do medo que eu sentia. Eu o puxava pelos pés e dizia: “volta aqui”. Após eu falar “volta”, ele começou a dizer “ta” e depois de “aqui” ele dizia “iii”.

Até que passou a falar toda a frase. Com José, além de usar frases mais curtas, eu passei a moldar os sons e a falar mais devagar, o que o auxiliou a repetir as palavras de forma lúdica.

José também começou a espalhar as letras e números no chão; ele pegava os números de um a dez e repetia arremessando-os de volta ao chão. Depois passou a fazer isso com o “a, e, i, o, u” e em seguida com outras letras do alfabeto. Assim, ele estava me mostrando o que já sabia e o que estava aprendendo na escola.

O contato com José foi, comparativamente, mais fácil e mais rápido do que com os outros casos descritos, em função do seu desenvolvimento emocional, da sua história de vida, da sua relação com a mãe e dos acompanhamentos realizados. Ele utilizava os objetos de forma estereotipada e para obter satisfação sensorial, mas tinha uma aceitação maior da minha participação e maior capacidade de espera e de tolerância à frustração. Além de imitar seus sons e seus comportamentos, também utilizei mais a comunicação verbal, pois sentia que ele estava preparado, respondia e aceitava melhor.

Observei que José apesar de utilizar os brinquedos, não os utilizava de forma simbólica e, sim, como objetos autísticos, ficando colado nos objetos, isolado dos outros e obtendo satisfação sensorial. Os objetos autísticos foram descritos por Tustin (1981) como objetos dominados pelas sensações, usados de forma repetitiva, estereotipada e sem a presença de fantasias. Têm a função de proteger contra as ansiedades impensáveis, de isolar a criança e de dar segurança. Ela chama atenção para o “uso patológico” que a criança faz desses objetos, pois não funcionam como símbolos e sim como substitutos ou são usados de forma adesiva à criança, isto é, fazendo parte dela mesma. Eles fornecem também uma pseudoproteção, pois impedem a criança de usar e de desenvolver meios genuínos de proteção e de entrar em contato com os cuidadores que a cercam.

Hoje, sabemos da importância desses objetos para as crianças e o quanto são prejudiciais as tentativas dos adultos em retirá-los. Diversos são os relatos e os usos dos objetos autísticos. Joey (Bettelheim, 1967) e Grandin (Grandin e Scarlano, 1986) chegaram a criar objetos autísticos bem complexos. O meu desafio com José, assim como com as outras crianças, foi-me incluir nessa sua forma de usar os brinquedos e os objetos, trazendo um contexto e uma outra forma de usar esses objetos, transformando os objetos autísticos em transicionais e o isolamento autístico em brincar compartilhado. Nesse processo, a relação analítica pôde ser estabelecida e a linguagem começou a ser construída.

Atualmente, José permite momentos de brincar compartilhado e sustenta o olhar por períodos prolongados. Compreende, aceita e responde melhor à comunicação verbal, e demonstra o que quer por meio do não verbal, apesar de observar seu interesse e esforço pelas palavras. Ainda não se relaciona com seus pares, se irrita e chora na presença de muitas pessoas, sendo também bem inflexível com a rotina. Tem seus comportamentos repetitivos, mas nenhuma estereotipia marcante. Preserva seus momentos e suas atividades isoladas, permanecendo nelas por tempo considerável, principalmente quando não está bem, mas não exclui tanto os adultos como ainda o faz com as crianças.

A imitação enquanto recurso técnico

Neste trabalho, seguindo a postura discutida nos outros capítulos – a do cuidado ao se interpretar o paciente –, propus pensar não apenas a interpretação da relação analítica, mas colocar uma ênfase na própria relação. Assim como Winnicott acredita que o jogo é importante em si mesmo, pensei que a *relação analítica tem importância em si mesma*.

Acredito que, na clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos, essa forma de pensar ganha um lugar de destaque, porque um dos nossos desafios é fazer contato com a criança, isto é, desenvolver uma relação com a criança. Muitas vezes a criança se encontra em isolamento autístico, apresentando dificuldades de contato com a realidade externa ou com dificuldades em manter a realidade compartilhada, isso determinou a mudança do foco da minha atenção; deixei de me preocupar com a interpretação das relações e ações da criança e passei a indagar: como entrar em contato com esses pacientes?

Desse questionamento surge esta tese: uma reflexão sobre a relação analítica. Esse questionamento também me levou a conceber a relação com essas crianças não como algo dado, mas como algo a *ser construído*. Em termos psicanalíticos, a pergunta passou a ser: *como estabelecer a relação analítica com essas crianças?*

Historicamente, quando tomamos a clínica psicanalítica com crianças em estados autísticos e psicóticos, verificamos que os analistas estabelecem a relação analítica por meio da interpretação verbal dos comportamentos da criança. Neste trabalho, em função das ideias de Winnicott, do Grupo de Pesquisa com crianças autistas e psicóticas da Universidade de Brasília e da minha prática clínica, penso a relação analítica para além da interpretação (Januário e Tafuri, 2010 e 2011).

Uma vez que optei por não utilizar a interpretação para estabelecer a relação analítica, tive de procurar outra forma de construir a relação com meus pacientes, e a forma que encontrei foi a de estar junto da criança ao modo dela, acompanhando-a em sua forma de estar no mundo.

Descrevo agora um pouco mais dessa minha postura clínica, compartilhada pelo Grupo de pesquisa da UnB e que teve origem no trabalho da professora Maria Izabel Tafuri. Algumas limitações podem advir dessa tentativa de sistematizar nossa forma de trabalho, até porque a

clínica com essas crianças ainda está em construção e em processo de elaboração. Venho repensando a clínica psicanalítica, ao mesmo tempo em que busco construir novas formas de estar com as crianças, respeitando a pluralidade e a singularidade de cada uma delas.

Gostaria de esclarecer que nosso grupo, sob a influência da teoria winnicottiana, vem desenvolvendo uma forma de trabalho clínico própria, no que tange ao atendimento a crianças. Ao questionar os princípios teóricos e técnicos da clínica psicanalítica com crianças autistas, Tafuri (2003) revela a possibilidade de estabelecer a relação analítica com essas crianças por outros meios que não apenas a utilização de interpretações verbais. A autora ressalta a possibilidade de o analista acompanhar a criança autista sem a interpretação e sem a primazia da palavra, no primeiro momento da análise. Ela mostra que o analista pode ocupar na clínica com essas crianças o lugar do “analista não intérprete”. Nesse lugar, o analista “não considera a palavra como a única possibilidade de traduzir a escuta”, mas também leva em consideração a importância dos vínculos sensoriais não verbais, como discutido anteriormente (p. 251).

Esse estar junto da criança não apenas através da interpretação como também da sensorialidade e do brincar, atento ao ambiente e a forma que à criança se coloca, apresenta-se de três formas, que variam de acordo com três momentos distintos do processo de análise.

O primeiro momento é o que aqui denomino de “**período de observação**”, traçando um paralelo com o momento de observação que Winnicott faz na situação do jogo da espátula. Nesse momento, proponho-me a observar a criança e a forma como ela se coloca na sala de análise e frente a mim, esperando a criança ficar à vontade na minha presença. Passado esse primeiro momento, que corresponde cronologicamente às primeiras sessões, quando estou conhecendo a criança, vem o segundo momento, que é o da **imitação**.

A imitação é uma ferramenta que temos utilizado no grupo de pesquisa como uma forma de entrar em contato com a criança, identificando-se com ela a partir de sua forma de estar no mundo e no ambiente analítico. A imitação foi a forma que encontramos de estar junto, e que, para mim, fez muito sentido, pois com crianças que não interagem, não olham e não falam, nossas ações podem ter influência negativa e, em alguns momentos, a criança se isola ainda mais, fica agitada ou nos agride. Quando, optamos por ficar quietos, observando, acompanhando as crianças em seus movimentos, procuramos oferecer *holding* e confiança para que possamos estabelecer alguma relação com elas. Nesse momento, temos essencialmente imitação a partir do *holding* e manejo. O que observo é que, a partir dessa imitação, a criança passa a interagir de alguma forma. Assim, temos o período de uma “interação primitiva”; ainda sem interpretar, começamos a interagir com a criança, por meio dos vínculos sensoriais não verbais. A partir dessa vinculação, a imitação vai gradualmente deixando de ser necessária, extinguindo-se quando o espaço potencial se instaura, dando lugar ao terceiro momento que é o do estabelecimento do **brincar compartilhado**. Esse terceiro momento é representado pelo aparecimento de algum jogo ou brincadeira, quando analista e criança podem estar presentes em um espaço que começa a ser preenchido pelo brincar.

Assim, surge uma forma diferente de trabalho, quando tentamos criar a relação com o paciente a partir do encontro criativo entre analista e criança. Criar a relação analítica a partir da interpretação justifica a postura de interpretar, o mais breve possível, os comportamentos da criança, por parte de muitos analistas. Quando pensamos a relação analítica pelo “encontro criativo”, temos *holding*, imitação e brincar compartilhado. Assim, penso o encontro humano de uma forma não submissa e a criança como um artista criativo que não se submete, postura que rompe com a perspectiva tradicional e oferece um novo olhar sobre essa clínica.

Outros autores já mencionaram a existência de períodos distintos no processo psicanalítico com essas crianças. Por exemplo, Tustin (1972) descreve duas fases: a primeira, que consiste em contribuir “para que os objetos *transicionais* tomem o lugar dos *autísticos* e sejam, em última análise, substituídos pela capacidade de *formar símbolos*” (p. 173, itálicos da autora), e a segunda fase, “caracterizada pelo fato de a criança começar a viver com uma mente própria” (p. 190). Posteriormente, Tustin (1988) diferencia a situação de *holding* (“*the psychoterapeutic holding situation*”) e a da transferência infantil (“*the infantile transference*”).

Houzel (2004) também define quatro estágios: 1) “*the transference onto the container*”, que domina os primeiros momentos da análise e que consiste em trabalhar no sentido de estabelecer a capacidade da criança de conter objetos (*containing object*); 2) “*analysis of the infantile transference*”, que se refere ao período do estabelecimento da transferência infantil que apresenta características próprias como a fantasia do “ninho de bebês” (ver Houzel, 2001 e 2004); 3) “*the transference neurosis*”, que representa a neurose de transferência como a descrita por Freud, que é quando a criança atinge um grau de organização psíquica, e a análise é parecida com a das crianças neuróticas, remanescendo, contudo, momentos e episódios de instabilidade emocional; e 4) “*the process that brings the analysis to a close*”, que consiste no fechamento e na finalização do processo de análise da criança.

Traçando um paralelo entre as quatro fases apresentadas por Houzel, desde o momento inicial até o término da análise, percebemos que as três fases descritas aqui (*holding*, imitação e brincar compartilhado) estariam relacionadas aos dois primeiros momentos de Houzel. Na clínica com essas crianças, verificamos diversas fases, tais como as descritas por Tustin e Houzel, contudo, para fins deste trabalho, meu foco foram as primeiras fases do processo psicanalítico, mais especificamente o estabelecimento da relação analítica e do brincar compartilhado. Trouxe

um pouco dos primeiros contatos com os pais e com a criança, quando discuti as questões a cerca do diagnóstico, do trabalho realizado com os pais e do estabelecimento do vínculo com a criança, que possibilitou o surgimento da relação analítica e do espaço potencial. Assim, quando tomei essas primeiras fases do processo de análise para reflexão, encontrei os três momentos descritos aqui como *holding*, imitação e brincar compartilhado, fazendo um recorte de um processo maior.

Como já refleti nos capítulos anteriores sobre a questão do *holding* e do brincar compartilhado, detenho-me agora, de forma sucinta, à questão da imitação. Um estudo mais aprofundado sobre a imitação enquanto técnica na clínica seria necessário, mas deixo isso para estudos futuros, citando apenas alguns dos trabalhos realizados nesse sentido.

Com relação ao tema da imitação no meio psicanalítico, temos poucas publicações. Um dos primeiros artigos é o de Gaddini (1969). Nele, encontramos reflexões sobre o papel da imitação na constituição psíquica, a distinção do ponto de vista metapsicológico da imitação, da introjeção e da identificação e a relação da imitação com quadros psicopatológicos na infância. Suas reflexões são muito úteis para se pensar a clínica com crianças e também a função da imitação no desenvolvimento emocional, principalmente no que se refere à passagem do “imitar para perceber” para o “imitar para ser” (p. 21).

Temos também um trabalho recém-lançado de Ribeiro (2011), no qual encontramos reflexões sobre o lugar da imitação na psicanálise. Nesse livro, o autor faz uma revisão bibliográfica sobre o tema e nos convida a introduzir o conceito de imitação na metapsicologia psicanalítica. Além disso, propõe repensar a constituição psíquica, baseando-se na imitação, relacionando-a às primeiras identificações, ao narcisismo, ao estágio do espelho e à constituição do eu.

No trabalho de Ribeiro, encontramos referências aos textos de Jacobson (1964) sobre as identificações primitivas e a imitação; de Farhi (2003), sobre o caso de Anne e a utilização do conceito de imitação como um mecanismo pré-identificatório de defesa; de Greenson (1966), sobre a imitação, a identificação e a identidade de gênero com o caso de Lance; e de Ritvo e Provence (1953), sobre a ausência da imitação em um grupo de seis crianças autistas e sobre a função estruturante da imitação e sua possível relação com o processo de identificação no desenvolvimento normal.

Até onde pesquisei, a utilização da imitação na clínica psicanalítica como recurso técnico é algo extremamente recente. Não encontramos ainda diálogo entre os autores e uma sistematização dos achados. Nesses textos, verifico que os autores chamam atenção para a imitação enquanto um processo de identificação primitiva, para a importância da imitação no processo de constituição psíquica e para a prática clínica. Contudo, não encontrei textos com uma maior preocupação na estruturação da imitação enquanto ferramenta clínica.

Com relação à clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos, observamos a utilidade e a validade da imitação enquanto recurso clínico. Entretanto, também é necessário organização dos dados e dos materiais clínicos. Na literatura psicanalítica, encontramos, além dos trabalhos de nosso grupo (Tafuri, 2003; Fonseca, 2005; Benjamin, 2007; Araújo, 2008; Januário, 2008), os de Hobson e Lee (1999), Rhode (2005 e 2008), Music (2005), Pires (2007) e Ribeiro (2011).

Apesar dos poucos trabalhos publicados e da necessidade de uma sistematização da prática clínica, o que temos observado é que as crianças respondem quando são imitadas, apesar de não iniciarem uma imitação de forma natural e imediata, como as outras crianças o fazem, e, ainda, que a imitação pensada como uma forma precoce de identificação funciona como a

precursora da representação de si mesmo e do outro. Enfim, a imitação enquanto técnica permite que a criança saia do seu isolamento autístico e da sua recusa pela realidade compartilhada para estabelecer uma relação com o outro, retomando seu processo de desenvolvimento emocional.

Outros aspectos e recursos técnicos

Até aqui, ressaltai a importância do *holding*, do manejo, da imitação e do brincar enquanto recursos técnicos para a clínica com essas crianças. Também trouxe a importância do ambiente e dos vínculos sensoriais não verbais. Ressalto, agora, outros recursos técnicos dos quais lançamos mão no atendimento às crianças e aos quais não me detive durante a descrição dos casos clínicos. Apesar de não ser o foco do trabalho, creio ser interessante trazer algumas considerações que encontrei e que tenho refletido a cerca da técnica de trabalho. Um estudo mais aprofundado pode detectar outros recursos.

Atualmente, os psicanalistas de crianças concordam que essa clínica demanda alterações técnicas. Diversos autores já chamaram atenção para isso (Meltzer, 1975; Tustin, 1972 e 1981; Alvarez, 1992; Alvarez, Reid e Hodges, 1999; Alvarez e Reid, 1999; Cavalcanti e Rocha, 2001; Tafuri, 2003; Houzel, 2004; Januário e Tafuri, 2010 e 2011). O desafio agora é a identificação e a sistematização dessas alterações. Nesse sentido, trago algumas dessas alterações que foram descritas por psicanalistas contemporâneos e das quais compartilho em meus atendimentos, alertando quanto à necessidade de maior uma organização teórica.

Um dos aspectos muito destacado é a necessidade do **uso da contratransferência**, apesar das dificuldades em virtude da utilização intensa, por parte dos pacientes, de mecanismos primitivos de identificação projetiva (Rosenfeld, 1987 & Alvarez, 1993 e 1997) e de

identificação adesiva (Bick, 1986 e Meltzer, 1975). Contudo, uma forma de compreender e de nos aproximar do paciente é a atenção que damos a nossas sensações e aos nossos sentimentos quando estamos na presença da criança, e que apresentei no relato dos casos clínicos. O uso da contratransferência nos permite: compreender e guiar nossas ações com a criança, como com Enrique; comunicar-se com a criança, colocando em palavras o que se passa no nível do inconsciente e na relação analítica, como com Leonardo; e dramatizar, usando-a para estabelecer um brincar, como com José.

O fato é que essa clínica demanda um grau de **abertura** e de **disponibilidade emocional** que acaba-nos afetando contratransferencialmente. O que não é uma tarefa fácil, pois exige muito do analista, e, em diversos níveis, como diria Winnicott (1961a), são pacientes que “pressionam muito a integridade do terapeuta, já que necessitam de contato humano e de sentimentos reais, e mesmo assim precisam colocar uma confiança absoluta na relação que tanto dependem” (p. 85). Ou, como coloca Alvarez e Reid (1999), que no começo do tratamento o analista precisa “pensar por dois, ter energia por dois, ter esperança por dois. Gradualmente, os pacientes podem começar a se interessar, não ainda por nós, mas pelo nosso interesse por eles.” (p. 07, tradução minha). O uso da contratransferência também aponta para a necessidade de análise pessoal do analista e de supervisões.

Também temos realizado uma espécie de **encenação** e de **personificação** do que acontece na relação analítica, representando com a voz e com o corpo o lugar que a criança nos coloca. Em alguns momentos, temos de conferir maior intensidade afetiva, dramatizando o que se passa no ambiente, ou de conter os sentimentos que são desconhecidos e impossíveis para a criança suportar. Quando fazemos isso, o interesse da criança aumenta, ela começa a suportar e a compreender o que se passa dentro dela e ao seu redor, como realizado com Igor.

Outra intervenção, que também consiste em tentar de alguma forma estabelecer uma **relação empática**, é a de **colocar em palavras e devolver para a criança o que se passa na relação, no ambiente ou com a criança**. Nesse caso, em vez da encenação, personificação, dramatização e contenção, nós utilizamos a linguagem verbal. Por exemplo, quando a criança parece triste, feliz, irritada, dizemos: “como você está triste hoje”, podendo completar com o porquê de dizermos isso: “não pegou o brinquedo tal como de costume”, “não está interessada pelas coisas”, “está tentando quebrar os brinquedos”, “está fazendo várias coisas que sabe que é errado”, enfim, que está reagindo desta ou daquela forma.

Outro recurso que tem sido bastante citado e utilizado no meio psicanalítico é decorrente do **conceito de “reclamação”** (“*reclamation*”, “*to reclaim*”), descrito por Alvarez (1992). Nesse recurso, o analista reclama, não no sentido de protestar, de se queixar ou de se opor, mas de reclamar, no sentido de clamar ativamente o paciente de volta ao contato e à comunicação, ou seja, é uma convocação ativa do analista em direção ao vir a ser do paciente, um chamamento de volta à vida. O analista deixa de lado a ideia de neutralidade e de abstinência no contato com o paciente e passa a ser uma “companhia viva” (“*live company*”), que busca ativamente o estabelecimento do vínculo com o paciente (Alvarez, 1985 e Edwards, org, 2001).

Com relação à linguagem utilizada com essas crianças, muitos analistas se questionam: como alcançar uma criança com pouca ou nenhuma linguagem? Como podemos falar com essas crianças? Nesse sentido, temos encontrado uma **linguagem diferenciada**, uma espécie de “**mãez**” (*motherese*) e de “**paiez**” (*fatherese*), uma linguagem próxima às realizadas pelas mães e pelos pais. A partir dessa linguagem, por exemplo, Alvarez (2004) descreve que consegue estabelecer o vínculo com uma criança chamada Joseph, e tem mais facilidade em estabelecer a comunicação entre ela e a criança.

Como já discutido anteriormente, no início do tratamento, as formas de comunicação mais significativas para as crianças são as não verbais. Nesse sentido, as inflexões que podemos dar à voz por meio do “mãez”, com uma tonalidade de voz baixa, harmônica, rítmica e tranquila, como a conversa das mães com os bebês bem pequenos, ou do “paiez”, com uma linguagem mais firme e direta nos momentos em que precisamos dar limites ou contenção, chamam a atenção da criança, além de funcionar como um sinal e como uma comunicação.

Atualmente, nas sessões com as crianças, tenho percebido que elas respondem melhor quando eu **imito também sua forma de falar**. Cada criança fala de um jeito e tem um tom de emitir os sons. Quando consigo repetir de forma mais próxima esse tom, fazendo uma espécie de eco e de espelhamento dos sons, elas se aproximam mais e aumentam as produções sonoras.

Como uma forma de manejar a impulsividade e o controle onipotente, os psicanalistas relatam a necessidade de **sustentar de uma forma mais rígida alguns dos enquadres do ambiente analítico**. Tustin (1988), por exemplo, relata o caso de Thomas e a importância da analista em ajudá-lo a aguardar na sala de espera em vez de entrar diretamente para a sessão, anulando a presença da analista e o modo de funcionamento das sessões. Ao fazer isso, a criança pode fazer a distinção entre os diferentes ambientes (casa – sala de espera – e a sala de análise), e perceber a existência da separação entre os espaços e dos limites. Nesse sentido, a consistência e a firmeza tanto do analista quanto do *setting* são fundamentais para a sensação de continuidade. Tustin explica que isso auxilia a criança a compartilhar experiências, a se sentir segura e a abrir mão do controle onipotente e do uso de objetos autísticos.

Além disso, ao analisar publicações psicanalíticas recentes sobre as alterações na técnica, percebo a recorrência de psicanalistas que relatam o **uso de interpretação externa** ao que acontece no ambiente analítico, relacionando a história de vida da criança com seus sintomas.

Também verifico o relato da tentativa de muitos quanto a deixar isso para um momento posterior da análise, privilegiando inicialmente a **interpretação do “aqui e agora” da sessão**, isto é, a interpretação do que acontece na relação analítica, evitando interpretações que envolvam explicações do passado (ver Alvarez e Reid, org, 1999).

Com os casos descritos e com a discussão teórica e técnica realizada, busquei mostrar que essa é uma clínica que requer a utilização de diversos recursos, alguns ainda a serem elaborados e até mesmo criados. O trabalho com essas crianças demanda, também, tempo e uma frequência elevada de encontros, e, às vezes, demoramos a ver os resultados. Contudo, é um trabalho de construção, e quando visualizamos o que pode ser construído, é muito gratificante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese, inicialmente me propus a refletir sobre o conceito de transferência e sobre a clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos, utilizando como referencial teórico e clínico a obra de Winnicott. Nesse percurso, pude parti de Winnicott, mas não me restringi as suas elaborações, trazendo algumas contribuições para a clínica e alguns princípios norteadores teóricos e técnicos para essa prática, como a sensorialidade, a imitação, o brincar, dentre outros.

Outra contribuição foi discutir sobre a noção de transferência, mostrando que ela sofreu transformações conceituais em Freud, em Klein e em Winnicott, trazendo mudanças teóricas e práticas que são essenciais para o acolhimento de certos aspectos transferenciais. A compreensão do fenômeno transferencial ficou complexificada e enriquecida, levando a compreender o encontro entre analista e analisando como uma possibilidade de constituição psíquica. Um dos lugares do analista é o de criação de possibilidades para a retomada do desenvolvimento emocional do indivíduo, inviabilizado devido a uma falha ambiental precoce. Caso não seja possível retomar o curso normal do desenvolvimento, que a análise possa ter um impacto significativo na qualidade de vida da criança e de sua família e que a criança possa se tornar um adulto independente.

A transferência foi vista como um conceito insuficiente para expressar e definir os fenômenos presentes nessa clínica. Pensar a relação analítica apenas em termos de transferência e de contratransferência seria um reducionismo do trabalho. Dessa forma, a relação analítica foi concebida também em termos de experiência, onde paciente e analista são afetados pela situação clínica, não apenas de uma forma intelectual, mas também afetiva.

A noção de experiência, discutida neste trabalho, como um dos aspectos centrais no processo de análise, proporcionou compreender a análise não só como repetição do passado e como possibilidade de *insight*, mas em uma dimensão que transcende à reedição de vivências, proporcionando a instauração de experiências novas que favorecem a constituição do si mesmo e da realidade externa. Nesse sentido, o processo analítico é compreendido como um campo de constituição e de acontecimento.

A relação analítica também foi pensada como espaço potencial do ponto de vista não tanto da criança, mas principalmente do analista. A partir do espaço potencial, é possível ao analista acolher e proporcionar a experiência do brincar. Sendo que, essa forma de pensar é especialmente importante na clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos na qual o brincar surge como um dos objetivos do próprio trabalho de análise.

Nesta tese, propus pensar não apenas a interpretação da relação analítica, mas colocar uma ênfase na própria relação, mostrando que um dos nossos desafios nessa clínica é desenvolver uma relação com a criança. Muitas vezes a criança se encontra em isolamento autístico, apresentando dificuldades de contato com a realidade externa ou com dificuldades em manter a realidade compartilhada, isso determinou a mudança do foco da minha atenção; deixei de me preocupar com a interpretação das relações e ações da criança e passei a indagar: como entrar em contato com esses pacientes? Esse questionamento também me levou a conceber a relação com essas crianças não como algo dado, mas como algo a ser construído. Em termos psicanalíticos, a pergunta passou a ser: como estabelecer a relação analítica com essas crianças?

Historicamente, quando tomamos a clínica psicanalítica com crianças em estados autísticos e psicóticos, verificamos que os analistas estabelecem a relação analítica por meio da interpretação verbal dos comportamentos da criança. Neste trabalho, pensei a relação analítica

para além da interpretação, o que me possibilitou a buscar outras formas de estabelecer essa relação. Partindo da disponibilidade de estar junto da criança ao modo dela, acompanhando-a em sua forma de estar no mundo, pude encontrar outras formas de criar a relação analítica como por meio dos vínculos sensoriais não verbais, da imitação e do brincar.

Cabe pontuar que essa clínica é relativamente recente, com desenvolvimentos teóricos e técnicos também recentes. Contudo, a situação clínica a ser estabelecida com essas crianças já sofreu modificações significativas, cabendo ao analista repensar suas técnicas e desenvolver atitudes clínicas diferenciadas, que permitam a aplicabilidade da técnica psicanalítica, na qual a relação analítica pode ser estabelecida não apenas a partir da interpretação dos desenhos e do brincar, mas a partir da criatividade da criança e de sua forma criativa de estar no mundo.

Diante dessas reflexões, considero que o lugar do analista nessa perspectiva é o lugar que cada criança o coloca com todas as suas singularidades e suas particularidades. Assim, com cada criança o lugar do analista é único e ao mesmo tempo é múltiplo. Dessa forma, retiramo-nos do conteúdo e procuramos compreender o processo da criança. Acredito que, quando assim o fazemos, a análise se volta prioritariamente para as singularidades e para os processos de constituição psíquica do sujeito, ela implica que o analista esteja para além da postura de intérprete, acolhendo a criatividade primária. Assim, a intervenção do analista não se reduz à interpretação, ela assinala, também, um acontecimento, uma experiência que proporciona o estabelecimento do espaço potencial e da relação analítica.

Ao refletir sobre o processo de elaboração desta tese, percebo que as construções teóricas realizadas nos três primeiros capítulos possibilitaram a criação do quarto e do quinto capítulos, que foram particularmente difíceis de serem elaborados. Ao mesmo tempo em que eram criados, os atendimentos eram realizados. Três dos casos descritos ainda estão sendo acompanhados por

mim, e um, precisei encaminhar a outro colega, pois parte do doutorado foi realizada fora do país.

Em alguns momentos foi complicado fazer o distanciamento necessário para escrever sobre a clínica, em outros a distância dificultava o tecer de links e de paralelos. A impossibilidade de desvincular o processo de escrita da clínica também gerou insights interessantes; por exemplo, a percepção de que o modelo descrito por Winnicott na figura 01 funcionava como um guia e, posteriormente, a percepção de que ele não descrevia todos os movimentos que estavam acontecendo no ambiente analítico, o que possibilitou o surgimento da figura 02. Ou, a constatação de que estava tomando como base alguns pressupostos e modelos para pensar minha relação com as crianças como: o brincar, a construção do espaço potencial, o texto da observação de bebês em uma situação padronizada para pensar o tempo analítico.

Observando os capítulos desta tese, percebo minha tentativa de pensar e de escrever sobre a clínica, alinhando-a com três influências que tive – a teoria winnicottiana, o grupo de pesquisa da Universidade de Brasília e os psicanalistas contemporâneos ingleses –, mas sem limitar-me a elas, de forma que esse trabalho gerasse uma contribuição. Os dois últimos capítulos também foram escritos pensando nos pais das crianças. Tentei elaborá-los em uma linguagem acessível, mas imagino que algumas passagens teóricas e técnicas sejam de difícil compreensão para pessoas de outra área. Espero que a leitura e a compreensão que fiz das obras dos autores trabalhados sejam fidedignas com seus pressupostos teóricos e que a flexibilização que precisei fazer dos conceitos tenha rigor acadêmico.

Essa tese foi escrita no momento em que também apreendia a ser a analista, que meus pacientes necessitavam que eu fosse. Percebo a influência da escrita e do processo do doutorado em minha formação, ao mesmo tempo em que pensava minha prática clínica. Sou grata a essa

oportunidade e a aposta em mim que os professores do programa de pós-graduação em psicologia clínica fizeram.

Por fim, gostaria, ainda, de discutir dois pontos que não ganharam espaço nos capítulos, mas que aqui vale tocar. O primeiro ponto é a forma com que organizei o trabalho e refere-se às diferenças entre os estados autísticos e os psicóticos em crianças. Optei por discutir esses estados de forma conjunta, destacando mais as similaridades do que as especificidades de cada um. Quando comparamos o caso clínico do Leonardo com os demais, as diferenças ficam mais evidentes, uma vez que o funcionamento dessa criança é bem diferente das outras três. Sabemos das particularidades de cada um desses estados de funcionamento mental e que cada um deles demanda formas diferenciadas de acolhimento.

Nesse sentido, trago alguns autores que chamam atenção justamente para as diferenças clínicas e técnicas entre eles, como os de Tustin (1972 e 1981), quando ela diferencia as “crianças encapsuladas” e as “crianças confusionais”; os de Rustin, Rhode, Dublinsky e Dublinsky (org) (1997) sobre as particularidades dos estados psicóticos em crianças; os de Rhode e Klauber (org) (2004) sobre as especificidades da síndrome de Asperger e os de Mitrani e Mitrani (org) (1997) sobre os estados autísticos.

Outro ponto é com relação aos questionamentos, no meio psicanalítico, quanto à ocorrência ou não da transferência nos estados autísticos e psicóticos. Um dos questionamentos é como pode uma criança que não está imersa no campo da intersubjetividade produzir transferência. Alguns nomeiam o fenômeno transferencial nessa clínica como transferência delirante (Little, 1958), transferência an-objetal (Alvarez (2003), in Pires, 2007), transferência subjetal (Rocha, 1983). Apesar da importância dessa discussão, nesse trabalho optei por não

abordá-la. Mais do que definir em termos de conceito e de nomeação, busquei, neste trabalho, mostrar algumas das características da relação analítica.

Finalizo esta tese, lembrando que o trabalho com as crianças ainda está em construção. Temos necessidade de pensar, de repensar e de criar a relação com elas diariamente em nossos consultórios. E citando uma mãe, ao observar minha relação com a filha, “é preciso ter muito amor para isso”. Além das teorias e das técnicas que temos hoje, e das outras que ainda precisamos elaborar, essa é uma clínica onde precisamos ter abertura afetiva e disponibilidade emocional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E VIDEOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. (1982). Psicanálise da Criança: Teoria e Técnica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ABRAM, J. (1996). A linguagem de Winnicott. Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: RevinteR, 2000.
- ACQUARONE, S. (ORG). (2007). Signs of autism in infants: recognition and early intervention. London: Karnac Books.
- ALVAREZ, A. (1985). The problem of neutrality: Some reflections on the psychoanalytic attitude in the treatment of borderline and psychotic children. Journal of Child Psychotherapy, vol 11, n.1, p. 87 -103.
- ALVAREZ, A. (1992). Live company: psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children. London and New York: Tavistock/Routledge.
- ALVAREZ, A. (1993). Making the thought thinkable: on introjection and projection. Psychoanalytic Inquiry, vol. 13, n. 01, p. 103-123.
- ALVAREZ, A. (1997). Projective Identification as a communication: its Grammar in borderline psychotic children. Psychoanalytic Dialogues, vol. 07, n. 06, p. 753-769.
- ALVAREZ, A. (2004). Finding the wavelength: tools in communication with children with autism. In BARROWS, K. (org). Autism in Childhood and Autistic Features in Adults. London: Karnac Books, 2008.
- ALVAREZ, A; REID, S & HODGES, S. (1999). Autism and play: the work of the Tavistock autism workshop. Child Language Teaching and Therapy, 15, p. 53-64.

- ALVAREZ, A. & REID, S. (ORG). (1999). Autism and Personality: findings from the Tavistock Autism Workshop. London: Routledge, 2008.
- ARAÚJO, C. A. S. (2003a). O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott. *Revista Natureza Humana*, v. 05, n. 01, p. 39-58.
- ARAÚJO, C. A. S. (2003b). Winnicott e a etiologia do autismo: considerações acerca da condição emocional da mãe. *Revista Estilos da Clínica*, ano VIII, n. 14, p. 146-163.
- ARAÚJO, C. A. S. (2004). A perspectiva winnicottiana sobre o autismo no caso de Vitor. *Revista Psychê*, VIII, n. 13, p. 43-60.
- ARAÚJO, C. A. S. (2005). O ambiente em Winnicott. Winnicott E-Prints, vol. 04, n. 01, p. 21-34.
- ARAÚJO, C. A. S. (2007). Uma abordagem teórica e clínica do ambiente a partir de Winnicott. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, São Paulo.
- ARAÚJO, C. F. N. (2008). Acolhe-me em teu colo: a função do corpo do analista no tratamento psicanalítico com a criança autista. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília, Brasília.
- ARIÈS, P. (1973). História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1981.
- AVELLAR, L. Z. (2004). Jogando na análise de crianças: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.
- BALINT, M. (1968). A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- BARROWS. K. (ORG). (2008). Autism in childhood and autistic features in adults. London: Karnac Books.

- BARROWS, P. (2004). “Playful” therapy: working with autism and trauma. In: K. BARROWS (org) Autism in childhood and autistic features in adults. London: Karnac Books, 2008.
- BARON-COHEN, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. Trends in Cognitive Science, 6, 248–254.
- BARON-COHEN, S; WILLIAMS, J. G; ALLISON, C; SCOTT, F. J.; BOLTON, F. P. & BRAYNE, M. (2008). The Childhood Autism Spectrum Test (CAST): Sex Differences. J Autism Dev Disord, 38:1731–1739.
- BARON-COHEN, S; AUJEYUNG, B; ASHWIN, E. KNICKMEYER, R; TAYLOR, K & HARCKETT, G. (2009) Fetal testosterone and autistic traits. British Journal of Psychology, 100, 1–22
- BENJAMIN, M. S. (2007). Entre rodopios e balbucios: reflexões psicanalíticas sobre a função do ritmo na constituição psíquica. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília, Brasília.
- BETTELHEIM, B. (1967). A fortaleza vazia. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- BICK, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. International Journal of Psycho-Analysis, 45, p. 558-566.
- BICK, E. (1986). Further considerations on the function of the skin in early object relations: findings from infant observation integrated into child and adult analysis. British Journal of Psychotherapy, v.2, n.4, p.292-299.
- BION, W. R. (1957). Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não psicótica. In: Estudos psicanalíticos revisados. Rio de Janeiro: Imago, 1994, p. 55-77.
- CAVALCANTI, A. E. & ROCHA, P. S. (2001). Autismo: construções e desconstruções. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- CINTRA, E. M. U. (2006). As funções anti-traumáticas do objeto primário: holding, continência e rêverie. In: CINTRA, E. M. U. (org). O corpo, o eu e o outro em psicanálise: ciclo de palestras na Clínica Dimensão. Goiânia: Dimensão, 2006.
- CINTRA, E. M. U. & FIGUEIREDO, L. C. (2004). Melanie Klein: estilo e pensamento. São Paulo: Escuta.
- CID-10. (1993). Classificação Internacional de Doenças. Organização Mundial de Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.
- CECCHI, V. (1990). Analysis of a little girl with an autistic syndrome. In BARROWS, K. (org). Autism in Childhood and Autistic Features in Adults. London: Karnac Books, 2008.
- COSTA, I. I. (2003). Da Fala ao Sofrimento Psíquico Grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília: Positiva/Abrafipp.
- DAVIS, M. & WALLBRIDGE, D. (1982). Limite e espaço: uma introdução à obra de D. W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago.
- DIAS, E. O. (1999). Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. Natureza Humana, São Paulo, v. 01, n. 02, p. 283-322.
- DIAS, E. O. (2002). Da sobrevivência do analista. Natureza Humana, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 341-362.
- DURANTE, J. C. (2007). O discurso do especialista sobre o lugar dos pais na clínica do autismo. Dissertação de Mestrado. Curso de pós-graduação em Letras. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.
- DSM-IV. (1994). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

- EDWARDS, J. (2001). (ORG). Being alive: building on the work of Anne Alvarez. New York and Canada: Brunner/Routledge, 2001.
- ELIACHEFF, C. (1993). Corpos que gritam. A psicanálise com bebês. São Paulo: Editora Ática, 1995.
- FALK, J. (2004). (ORG) Educar os três primeiros anos: a experiência de Lóczy. Araraquara: JM Editora.
- FERNANDES, M. H. (2002). Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. In: CINTRA, E. M. U. (org). O corpo, o eu e o outro em psicanálise: ciclo de palestras na Clínica Dimensão. Goiânia: Dimensão, 2006.
- FERREIRA, A. M. (2002). Donald Woods Winnicott, um olhar sobre sua vida e obra. Espaço Potencial Winnicott: diversidade e interlocução. São Paulo: Landy Editora, 2007.
- FIGUEIREDO, L. C. (2000). Presença, implicação e reserva. In: FIGUEIREDO, L. C; COELHO JUNIOR, N, Ética e técnica em psicanálise. São Paulo: Escuta.
- FIGUEIREDO, L. C. (2002). A tradição ferencziana de Donald Winnicott. Apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica. Revista Brasileira de Psicanálise, vol 36, n. 4, p. 909-927.
- FIGUEIREDO, L. C. (2003). Transferência, contratransferência e outras coisinhas mais, ou A chamada pulsão de morte. In: Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea. São Paulo: Escuta, cap. 06, p. 127-158.
- FONSECA, V. M. L. (2005). Uma voz na escuridão: a função sensorial da voz no tratamento psicanalítico da criança autista. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

- FONTES, I. (2002). Memória corporal e transferência. Fundamentos para uma psicanálise do sensível. São Paulo: Via Lettera, 2002.
- FREUD, A. (1926). O Tratamento Psicanalítico de Crianças. Rio de Janeiro: Imago, 1971.
- FREUD, S. (1888). Histeria. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 01.
- FREUD, S. (1895). Estudos sobre a histeria. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 02.
- FREUD, S. (1900). A interpretação dos sonhos. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 05.
- FREUD, S. (1905 [1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 07.
- FREUD, S. (1909). Análise da Fobia de um Menino de Cinco Anos. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 10.
- FREUD, S. (1912). A dinâmica da transferência. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 12.
- FREUD, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 12.
- FREUD, S. (1915 [1914]). Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 12.

- FREUD, S. (1917 [1915]). Luto e melancolia. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 14.
- FREUD, S. (1917 [1916]). Conferência XXVII: Transferência. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 16.
- FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 18.
- FREUD, S. (1925 [1924]). Um estudo autobiográfico. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 20.
- FREUD, S. (1937a). Análise terminável e interminável. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.23.
- FREUD, S. (1937b). Construções em análise. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.23.
- FURTADO, A. M. (2006). O resgate da sensorialidade na transferência. Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- GADDINI, E. (1969). On imitation. In: A psychoanalytic theory of infantile experience: conceptual and clinical reflections. The New Library of Psychoanalysis. London: Routledge, 2009.
- GIOVACCHINI, P. L. (1990). (ORG). Táticas e técnicas psicanalíticas: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- GRANDIN, T. & SCARLANO, M. (1986). Uma menina estranha: autobiografia de uma autista. São Paulo: Companhia das letras, 1999.
- GREEN, A. (2005). Play and reflection in Donald Winnicott's writings. London: Karnac Books and The Winnicott Clinic of Psychotherapy, 2005.

- GROSSKUTH, P. (1986). O mundo e a obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- GROTSTEIN, J. (1989). The “Black Hole” as the basic psychotic experience: some newer psychoanalytic and neuroscience perspectives on psychosis. Journal of the American Academy of Psychoanalysis.
- GROTSTEIN, J. (1990). Nothingness, Meaninglessness, Chaos, and the "Black Hole" II - The Black Hole. Contemporary Psychoanalysis, v.26, p. 377-408.
- GUNTRIP, H. (1975). My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott, International Review of Psycho-Analysis, 2, p. 145-156.
- HEIMANN, P. (1950). On countertransference. International Journal of Psycho-Analysis, vol. 31, p. 81-84.
- HISADA, S. (2002). Clínica do setting em Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter.
- HOBSON, R.P. & LEE, A. (1999). Imitation and identification in autism. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol 40, p. 649-659.
- HOUZEL, D. (1999). A therapeutic application of infant observation in child psychiatry. Infant Observation, vol. 02, p. 42-53.
- HOUZEL, D. (2001). The creation of psychic space, the “nest of babies” fantasy and the emergence of the Oedipus complex. In: K. BARROWS (ed) Autism in childhood and autistic features in adults. London: Karnac Books, 2008. Versão modificada do artigo originalmente publicado em Journal of Child Psychotherapy, 2001, vol. 27, n 02.
- HOUZEL, D. (2004). The psychoanalysis of infantile autism. Journal of Child Psychotherapy, vol 30, n. 2, p. 225- 237.
- JANUÁRIO, L. M. (2008). A transferência na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

- JANUÁRIO, L. M. & TAFURI, M. I. (2008a). Da relação ao uso do analista: a transferência marcada pela destruição e pela sobrevivência da analista em um ambiente *holding*. Natureza Humana, vol. 10, n. 2, p. 217-242.
- JANUÁRIO, L. M. & TAFURI, M. I. (2008b). O olhar e o corpo na relação transferencial com uma criança em sofrimento psíquico grave. Estilos da clínica, vol. 25, n. 2, p. 192-209.
- JANUÁRIO, L. M. & TAFURI, M. I. (2009). O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças. Revista Mal-Estar e Subjetividade, vol. IX, n. 2, p. 527-550.
- JANUÁRIO, L. M. & TAFURI, M. I. (2010). A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. Psicologia Clínica, vol. 22, n. 1, p. 57-70.
- JANUÁRIO, L. M. & TAFURI, M. I. (2011). A relação transferencial para além da interpretação: reflexões a partir da teoria de Winnicott. Ágora: estudos em teoria psicanalítica, vol. XIV, n. 02, p. 259-274.
- JOSEPH, B. (1985). Transferência: a situação total. In: Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e técnica. Volume 2: artigos predominantemente técnicos. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 76-88.
- KAHR, B. (1996) A vida e a obra de D. W. Winnicott: um retrato biográfico. Rio de Janeiro: Exodus Editora, 1997.
- KANNER, L. (1937). Child psychiatry. London: Bailliere, Tindall e Cox, 1937.
- KANNER, L. (1943). Os distúrbios do contato afetivo. In ROCHA, P. (org), Autismos. São Paulo: Escuta, 1997, p. 111-170.
- KANNER, L. (1941). In defense of mothers: how to bring up children in spite of the more zealous psychologists. Springfield,

- KHAN, M. (1975). Introdução. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- KHAN, M. (1986). Introdução. In: Holding e Interpretação. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- KLEIN, M. (1924). A técnica da análise de crianças pequenas. In: A psicanálise de crianças. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1997, v. 02, cap.2, p. 36-54.
- KLEIN, M. (1926). Princípios psicológicos da análise de crianças pequenas. In: Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.01, cap. 6, p.152-163.
- KLEIN, M. (1927). Simpósio sobre a análise de crianças. In: Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.01, cap. 7, p. 164-196.
- KLEIN, M. (1930a). A importância da formação dos símbolos no desenvolvimento do ego. In: Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.01, cap.12, p.249-264.
- KLEIN, M. (1930b). A psicoterapia das psicoses. In: Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.1, cap.13, p.265-270.
- KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: Inveja e Gratidão e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1991, v.3, cap.01, p.17-43.
- KLEIN, M. (1952). As origens da transferência. In: Inveja e Gratidão e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1991, v.3, cap.04, p.70-79.

- KLEIN, M. (1955). A técnica psicanalítica através do brincar: sua historia e significado. In: Inveja e Gratidão e outros trabalhos. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1991, v.3, cap.08, p.149-165.
- KUPERMANN, D. (1995). Transferências cruzadas, transferências nômades. Sobre a transmissão da psicanálise e as instituições psicanalíticas. In: Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- KUPERMANN, D. (2003). A libido e o álbi do psicanalista. Uma incursão pelo Diário clínico de Ferenczi. In: Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- KUPERMANN, D. (2004). Por uma outra sensibilidade clínica: fale com ela, doutor! In: Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- KUPERMANN, D. (2005). Resistência no encontro afetivo: sublimação e criação na experiência clínica. In: Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- KUPERMANN, D. (2008). Presença sensível. A experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. In: Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- LAGACHE, D. (1980). A transferência. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- LAPLANCHE, J. (1993). Da transferência: sua provocação pelo analista. Percursos, n 10, p. 73-83.
- LISPECTOR, C. (1971). Menino a bico de pena. Felicidade Clandestina: contos. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

- LITTLE, M. I. (1990). Ansiedades psicóticas e prevenção: Registro pessoal de uma análise com Winnicott. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- LOPARIC, Z. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. Winnicott E-Prints, v. 05, n. 01, p. 1-29.
- MANO, B. C. B. (2006). O sopro do lobo: a noção de Eu-pele no manejo clínico. Cadernos de Psicanálise - CPRJ, Rio de Janeiro, ano 28, n. 19, p. 57-69.
- MARTINS, A. A. (2004). Estudo comparativo do conceito de transferência em Freud e Winnicott. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- MELTZER, D. (1975). Adhesive Identification. Contemporary Psychoanalysis, v.11, p. 289-311.
- MEZAN, R. (1990). Existem paradigmas na psicanálise? In: A sombra de Don Juan e outros. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- MEZAN, R. (2006). Paradigmas em psicanálise: uma proposta. Natureza Humana, vol. 8, n especial, p. 49-62.
- MILNER, M. (1989). Autistic areas in all of us? Winnicott Studies: The Journal of the Squiggle Foundation, n. 04, 1989, p. 04-10.
- MITRANI, T. & MITRANI, J. (Orgs). (1997). Encounters with autistic states: a memorial tribute to Francis Tustin. New Jersey: Jason Aronson, 1997.
- MUSIC, G. (2005). Surfacing the depths: thoughts on imitation, resonance and growth. Journal of Child Psychotherapy, v. 31, n. 01, p. 72-90.
- NEWMAN, A. (1995). As idéias de Winnicott: um guia. Rio de Janeiro, Imago, 2003.
- OGDEN, T. H. (1985). Sobre o espaço potencial. In: Giovacchini, P. (Org). Táticas e técnicas psicanalíticas: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.
- PHILLIPS, A. (1988). Winnicott. Idéias & Letras.

- PIRES, L. (2007). Do eco ao silêncio: autismo e clínica psicanalítica. São Paulo, Edusp, 2007.
- REID, S. (1999). Autism and Trauma: Autistic Post-Traumatic Developmental Disorder. In: ALVAREZ & REID (org.) Autism and Personality. London: Routledge.
- RIBEIRO, P. C. (2011). Imitação: seu lugar na psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo,
- RHODE, M. (2005) Mirroring, imitation, identification: the sense of self in relation to the mother's internal world. Journal of Child Psychotherapy, vol. 31, n 01, p. 52-71.
- RHODE, M. (2008). Joining the human family. In BARROWS, K. (org). Autism in Childhood and Autistic Features in Adults. London: Karnac Books, 2008.
- RHODE, M. & KLAUBER, T. (2004). (ORG). The many faces of Asperger's syndrome. London: Karnac Books.
- ROBERTSON, J. (1953). A two year old goes to hospital. (VHS-VIDEO). Londres: acervo videográfico da Tavistock Clinic, 40min.
- ROCHA, P. S. (1997). (ORG). Autismos. São Paulo: Escuta, 1997.
- ROCHA, P. S. (1983). (ORG). Um modelo de instituição para o tratamento das crianças psicóticas – análise da transferência subjetal. In Rocha (org) Cata-ventos. Invenções na clínica psicanalítica institucional. São Paulo: Escuta, 2006.
- ROCHA, P. S. (2006). (ORG). Cata-ventos. Invenções na clínica psicanalítica institucional. São Paulo: Escuta, 2006.
- RODMAN, F. R. (2003). Winnicott: Life and Work. Cambridge, Life longbooks, Da Capo Press.
- ROSENFELD, H. (1987). Impasse e interpretação. Rio de Janeiro: Imago.
- RUSTIN, M.; RHODE, M.; DUBINSKY, H & DUBINSKY, A. (org). (1997). Psychotic states in children. London: Karnac Books, 2003.

- SAFRA, G. (1995). Momentos mutativos em psicanálise: uma visão winnicottiana. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.
- SAFRA, G. (1996). O trabalho não-verbal na análise de crianças. Espaço Criança, v. 2, n. 1, p. 55-29.
- SAFRA, G. (1999). A clínica em Winnicott. Natureza Humana, vol. 1, n. 1.
- SAFRA, G. (2000). Análise de crianças: o lugar e a ação do terapeuta. Dialogando com Alice no país das maravilhas. (DVD-VÍDEO). Conferência proferida em 25/10/2000. São Paulo: Edições Sobornost, 2000, (91min).
- SAFRA, G. (2003). O analista no lugar do sonho de si mesmo. Estudo de holding e interpretação. (DVD-VÍDEO). Aula ministrada em 25/03/2003 no curso de pós-graduação em psicologia clínica da PUC-SP. São Paulo: Edições Sobornost, 2003, (105 min).
- SAFRA, G. (2004a). A po-ética na clínica contemporânea. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.
- SAFRA, G. (2004b). Conceito de transferência em Freud. (DVD-VÍDEO). Curso completo: psicanálise e psicoterapia: teorias e técnicas. Aula 05 ministrada em 15/10/2004. São Paulo: Edições Sobornost, 2004, (92 min).
- SAFRA, G. (2004c). Explorando as ansiedades psicóticas. (DVD-VÍDEO). Aula ministrada em 09/11/2004 no curso de pós-graduação da PUC-SP. São Paulo: Edições Sobornost, 2004, (90 min).
- SAFRA, G. (2004d). Melanie Klein: possibilidades e limites. A importância do impulso destrutivo no ser humano. (DVD-VÍDEO). Aula ministrada em 12/11/2004 no curso de graduação em psicologia clínica da Universidade de São Paulo - USP. São Paulo: Edições Sobornost, 2004, (72 min).

- SAFRA, G. (2004e). Winnicott: da pediatria à psicanálise. (DVD-VÍDEO). Aula 11 ministrada em 19/11/2004. São Paulo: Edições Sobornost, 2004, (85 min).
- SAFRA, G. (2005a). A face estética do self: teoria e clínica. São Paulo: Ideias e Letras/Unimarco Editora, 2005.
- SAFRA, G. (2005b). A resposta do paciente à contratransferência. Transferência neurótica e transferência psicótica. Estudo sobre as contribuições teóricas e clínicas de Margaret Little. (DVD-VÍDEO). Aula ministrada em 15/03/2005 no curso de pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP. Edições Sobornost, 2005, (120 min).
- SAFRA, G. (2005c). Freud e a psicanálise: possibilidades e limites. (CD-AUDIO). Aula 06 ministrada em 19/08/2005 na Universidade de São Paulo - USP. São Paulo. Edições Sobornost, 2005.
- SAFRA, G. (2005d). Donald Winnicott: possibilidades e limites. (DVD-VÍDEO). Aula 12 ministrada em 23/09/2005 na Universidade de São Paulo - USP. São Paulo: Edições Sobornost, 2005, (76 min).
- SAFRA, G. (2005e). A resposta total do analista às necessidades do paciente. Estudo sobre as contribuições teóricas e clínicas de Margaret Little. Transferência neurótica e transferência psicótica. (DVD-VÍDEO). Aula ministrada em 12/04/2005 no curso de pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP. Edições Sobornost, 2005, 2 DVDs (120 min).
- SAFRA, G. (2006). Desvelando a memória do humano: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio. São Paulo: Edições Sobornost, 2006.
- SAFRA, G. (2007a). Transferência: o estar diante, o estar em, o estar com. Curso PROFOCO 2007. Curso ministrado em 21/04/2007 na Universidade Paulista – UNIP. São Paulo.

- SAFRA, G. (2007b). Interpretação: em direção à narrativa dialógica e polifônica. (DVD-VÍDEO). Curso PROFOCO ministrado em 29/09/2007. São Paulo: Edições Sobornost, 2007, (6 horas).
- SAFRA, G. (2011). A contribuição de Winnicott na discussão sobre transferência: o conceito de identidade primária. (CD-AUDIO). Curso sobre a Transferência: a evolução do conceito. Aula 10 ministrada em 18/10/2011. São Paulo: Edições Sobornost, 2011.
- SCHWARTZMAN, J. S & ARAUJO, C. A. (2011). (ORG). Transtornos do espectro do autismo. São Paulo: Memnon, 2011.
- SEGAL, H. (1973). Introdução à obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- SILVA, A .B. B.; GAIATO, M. B. & REVELES, L. T. (2012). Mundo singular: entenda o autismo. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.
- SPILLIUS, E. B. (1988). Introdução. In: Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e técnica. Volume 2: artigos predominantemente técnicos. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 17-29
- SPILLIUS, E. B. (1994). Evolução do pensamento kleiniano: revisão geral e visão pessoal. In: Uma visão da evolução clínica kleiniana: da antropologia à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 99-136.
- SPILLIUS, E. B. (2003). Melanie Klein revisitada: seus pensamentos não publicados sobre a técnica. In: Uma visão da evolução clínica kleiniana: da antropologia à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 137-165.
- TAFURI, M. I. (2003). Dos sons a palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista. Brasília: Positiva/Abrafipp.
- TUSTIN, F. (1972). Autismo e psicose infantil. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

- TUSTIN, F. (1978). Psychotic elements in the neurotic disorders of children. Journal of Child Psychotherapy, vol. 04, n. 04, p. 5-17.
- TUSTIN, F. (1981). Estados autísticos em crianças. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- TUSTIN, F. (1986). Barreiras autistas em pacientes neuróticos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- TUSTIN, F. (1988). Psychotherapy with Children who Cannot Play. International Review of Psycho-Analysis, v.15, p. 93-107.
- TUSTIN, F. (1994). Autistic children who are assessed as not brain damaged. The Journal of Child Psychotherapy, vol 20, n. 01, p. 103-121.
- WILLIAMS, D. (1995). Nobody Nowhere: the remarkable autobiography of an autistic girl. House Publishing.
- WINNICOTT, C. (1978). D. W. W.: Uma reflexão. In: Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, p. 1-13.
- WINNICOTT, D. W. (1931). Notas sobre normalidade e ansiedade. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 1, p.57-76.
- WINNICOTT, D. W. (1938-63-66). Três revisões de livros sobre autismo. In: SHEPHERD, R; JOHNS, J; & ROBINSON, H. (org.). Pensando sobre crianças. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, cap.24, p. 175-178.
- WINNICOTT, D. W. (1941). A observação de bebês numa situação padronizada. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 04, p. 112-132.
- WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 12, p. 218-232.

- WINNICOTT, D. W. (1947). O ódio na contratransferência. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 15, p. 277-287.
- WINNICOTT, D. W. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 18, p. 316-331
- WINNICOTT, D. W. (1951/1971). Objetos transicionais e fenômenos transicionais In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975, cap. 01, p. 13-44.
- WINNICOTT, D. W. (1952). Psicoses e cuidados maternos. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 17, p. 305-315.
- WINNICOTT, D. W. (1954). Retraimento e regressão. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 20, p. 347-354.
- WINNICOTT, D. W. (1954-5). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 22, p. 374-392.
- WINNICOTT, D. W. (1955-6). Formas clínicas da transferência. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 23, p. 393-398.
- WINNICOTT, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 24, p. 399-405.
- WINNICOTT, D. W. (1958a). A capacidade para estar só. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 02, p. 31-37.
- WINNICOTT, D. W. (1958b). Análise da criança no período de lactência. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 10, p. 106-113.

- WINNICOTT, D. W. (1959). O destino do objeto transicional. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, cap. 11, p. 44-48.
- WINNICOTT, D. W. (1959-64). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 11, p. 114-127.
- WINNICOTT, D. W. (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 03, p. 38-54.
- WINNICOTT, D. W. (1961a). Tipos de psicoterapia. In: Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, 1989, p. 79-86.
- WINNICOTT, D. W. (1961b). Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento parento-filial. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, cap. 14, p. 59-61.
- WINNICOTT, D. W. (1962b). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 15, p. 152-155.
- WINNICOTT, D. W. (1962c). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 16, p. 156-162.
- WINNICOTT, D. W. (1962-63b). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a

- teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 23, p. 225-233.
- WINNICOTT, D. W. (1963a). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 17, p. 163-174.
- WINNICOTT, D. W. (1963b). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 07, p. 79-87.
- WINNICOTT, D. W. (1963c). Os doentes mentais na prática clínica. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 20, p. 196-206.
- WINNICOTT, D. W. (1963d). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 21, p. 207-217.
- WINNICOTT, D. W. (1963e). O medo do colapso (breakdown). In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, cap. 18, p. 70-76.
- WINNICOTT, D. W. (1965). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, cap. 21, p. 94-101.
- WINNICOTT, D. W. (1966). Autismo. In: SHEPHERD, R., JOHNS, J.; ROBINSON, H. T. (org). Pensando sobre crianças. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, cap.25, p. 179-192.

- WINNICOTT, D. W. (1967a). A localização da experiência cultural. In: O Brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975, cap. 07, p. 132-143.
- WINNICOTT, D. W. (1967b). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: O Brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975, cap. 09, p. 153-162.
- WINNICOTT, D. W. (1967c). A etiologia da esquizofrenia infantil em termos de fracasso adaptativo. In: SHEPHERD, R., JOHNS, J.; ROBINSON, H. T. (org). Pensando sobre crianças. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, cap.26, p. 193-196.
- WINNICOTT, D. W. (1968a). A interpretação na psicanálise. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, cap. 32, p. 163-166.
- WINNICOTT, D. W. (1968b). Sobre “O Uso de um Objeto”. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, cap. 34, p. 170-191.
- WINNICOTT, D. W. (1968c). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. Os bebês e suas mães. Tradução: Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1996, cap. 09, p. 79-92.
- WINNICOTT, D. W. (1969). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In: O Brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975, cap. 06, p. 121-131.
- WINNICOTT, D. W. (1969-70). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, cap. 36, p. 195-202.
- WINNICOTT, D. W. (1971a). O brincar: uma exposição teórica. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975, cap. 03, p. 59-78.

- WINNICOTT, D. W. (1971b). O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (self). In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975, cap. 04, p. 79-94.
- WINNICOTT, D. W. (1971c). A criatividade e suas origens. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975, cap. 05, p. 95-120.
- WINNICOTT, D. W. (1971d). Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- WINNICOTT, D. W. (1972). Holding e interpretação. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- WINNICOTT, D. W. (1977). The Piggie: relato do tratamento psicanalítico de uma menina. Rio de Janeiro: Imago, 1987
- WINNICOTT, D. W. (1979). Por que as crianças brincam. In: A criança e o seu mundo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982, cap. 22, p. 161-165.
- WINNICOTT, D. W. (1984). Privação e delinquência. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- WINNICOTT, D. W. (1988). Natureza humana. Rio de Janeiro: Imago, 1990.